ANNO XLI — Roma, 2 Luglio 1934 - XII — Num. 26

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## CONFERENZE.

### Gli antigeni complessi. (1)

Prof. ALFREDO SORDELLI,
Direttore dell'Istituto Batteriologico
del « Departamento Nacional de Hgyene »
Buenos Aires.

I.

Appena conosciute le reazioni in vitro tra antigene e anticorpo, si cercò di omologarle a mezzo di processi chimici tra sostanze chimicamente definite, ed è risaputo quanto poco fruttifera riuscisse questa via, specie per tutto ciò che si riferisce alla meccanica delle reazioni.

Essendo stato necessario accettare per l'antigene la natura proteica, il problema fondamentale della specificità rimaneva praticamente insolubile, poichè la non conoscenza della reale struttura delle proteine e l'enorme numero di probabilità di isomeria dovuto al grande numero di molecole di aminoacidi che integrano una proteina, non permettevano di precisare quali fossero gli elementi molecolari determinanti la specificità. È interessante ricordare che l'osservazione dei fenomeni di specificità biologica basati sulla natura proteica degli antigeni, hanno portato alle seguenti conclusioni: 1) che la specificità non è una proprietà assoluta, dato che esiste parziale comunità tra antigeni proteici di specie diverse ma vicine; 2) che anche se le proteine d'una specie hanno delle proprietà specifiche, sono o possono essere, tra sè, antigenicamente diverse.

È facile immaginare come l'impossibilità di progredire nella conoscenza dell'essenza dei fenomeni immunitari data la complessità della molecole proteica, inducesse a tentare vie diverse d'indagine.

Persiste nella memoria di tutti l'attenzione concessa allo studio dei così detti lipoidi come presunti partecipanti nei fenomeni d'immunità e sopratutto come componenti degli antigeni. Ricordiamo che le indagini (Bang e Forsmann, 1906; Landsteiner e Daubivitz, 1907; Landsteiner, 1912; ecc.) effettuate con lo scopo di trovare nei lipoidi dei globuli rossi, sia un potere lisinogeno, sia un potere fissatore, hanno dato dei risultati poco chiari e

(1) Conferenza tenuta alla R. Clinica Medica di Roma il 12 aprile u. s.

talvolta contraditori. In generale, però, gli esperimenti hanno provato che l'azione dei dissolventi di sostanze grasse, riduce enormemente l'attività antigenica dei globuli.

Si devono a Kurt Meyer i primi risultati con qualche significato preciso su questo problema della natura antigenica dei lipoidi, nel trovare che le sostanze analoghe alla lecitina ricavate dalla « Taenia saginata » sono antigeniche in vitro (1910) e anche in vivo (1914-1928). Analoghe scoperte fa lo stesso autore per il *Myc. tuberculosis* dal quale estrae una sostanza del gruppo dei fosfatici con attività antigenica in vitro e in vivo (1912).

Nel 1911 Forsmann trova che in organi di specie diverse esiste una proprietà antigenica comune che permette di supporre l'esistenza d'un antigene uguale conosciuto col nome di antigene eterogenetico. Questo antigene si comporta in maniera assai diversa di quelli che erano conosciuti fino ad allora e dà luogo a delle scoperte assai interessanti, tali come la sua resistenza alla cottura e la sua solubilità nell'alcool.

Lo studio delle proprietà di questo antigene, fatto da Sordelli e da Fischer (1918) permise di dimostrare che l'estrazione alcoolica d'un organo eterogenetico porta a separare due frazioni, una solubile contenente tutta la attività antigenica dell'organo fresco in vitro (dimostrata per capacità di fissazione d'ambocettore emolitico e per la fissazione del complemento) e un'altra insolubile sprovvista praticamente di detta attività.

L'immunizzazione dei conigli con entrambe frazioni e la loro miscela, rivela l'incapacità lisinogena della parte solubile (attiva) e della miscela, e una debole capacità antigenica della parte insolubile (inattiva). Nella discussione di queste proprietà, gli autori dicono: che esiste un antigene con capacità di fissaggio in vitro (per certi anticorpi) ma che è incapace di generarlo poichè è mancante della proprietà che è il potere d'irritazione (Reiz-Virkung); l'attività della frazione insolubile è spiegabile perchè esiste ancora una parte dell'antigene completo che non è stato distrutto dall'alcool. Se l'antigene attivo in vitro non è attivo in vivo, rimane l'interpretazione plausibile di ammettere per l'antigene una costituzione complessa (1).

(1) Nel 1911 KURT MEYER, quando ammette ancora che i lipoidi di « Taenia saginata » non siano antigenici in vivo, dice: « Die immunisierende Wirkung des Wässerigen Band wurm extrakte scheint demnach durch dass zusammen wirken der Lipoiden mit anderen Wahrscheinlich eiweissartigen Körpern bedingt zu sein ».

Nel 1921 LANDSTEINER conferma i risultati ottenuti da SORDELLI e da FISCHER e dà (per la prima volta) il nome di « haptene » alla sostanza che, possedendo attività in vitro, manca di potere antigenico in vivo.

Rimaneva così dimostrata l'esistenza di sostanze attive antigenicamente soltanto in vitro, e l'ipotesi che nella natura quelle sostanze si trovino formanti parte d'un antigene complesso attivo tanto in vitro quanto in vivo.

## II.

Dall'inizio di questi studi sino al presente, le nostre conoscenze nei riguardi della natura antigenica e delle basi della specificità, si sono arricchite in modo tale che per poter fare una sintesi di questo capitolo della immunologia sarà conveniente stabilire una classifica degli antigeni (vedi il Quadro I), tenendo specialmente presente la loro costituzione.

QUADRO I.

- *Naturali*
  - a - semplici
    - 1) proteine
    - 2) lipoidi
    - 3) carboidrati
  - b - complessi
    - 1) con haptene lipoide
    - 2) con haptene carboidrato
- *Artificiali*
  - a - semplici
    - 1) sintetici
    - 2) naturali modificati
  - b - complessi
    - 1) per unione di sostanze naturali antigeniche
      - *a*) con hapteni naturali
      - *b*) con hapteni artificiali
    - 2) per unione di sostanze non antigeniche con hapteni naturali

Come è facile capire, la divisione degli antigeni in naturali e artificiali è determinata da ragioni di semplicità e comodità per l'esposizione.

La differenziazione tra antigeni semplici e complessi è basata sulla possibilità di riconoscere, e talvolta anche di separare, dagli antigeni complessi due sostanze perfettamente differenziabili e con qualità diverse. Una di

Parallelamente un altro gruppo di studi che si possono considerare iniziati da ASCOLI e VALENTI (1910) con la scoperta della termostabilità dell'antigene carbuncoloso *precipitinogeno* e la sua volubilità in acqua, e brillantemente comprovati da DOCKEY e AVERY (1917) nel trovare la sostanza specifica solubile (555) del neumococco, e da ZINSSER e PARK (1923) nel comunicare l'esistenza e le proprietà della stessa sostanza conosciuta col nome di « Residue antigen », dànno all'idea della natura non proteica di certi antigeni una importanza grandissima, che richiama l'attenzione di molti ricercatori.

esse ha la proprietà antigenica in vitro (haptene), e manca invece di capacità irritativa, mentre il resto è formato da un corpo generalmente proteico, che si comporta antigenicamente come fanno le proteine, ma che allo stesso tempo dà all'haptene una attività antigenica in vivo. Generalmente, la natura specifica dell'antigene complesso è data dall'haptene.

Negli antigeni semplici non è possibile, invece, separare, per ora, alcuna frazione con le qualità dell'haptene. In generale, ogni tentativo di frazionamento conduce all'alterazione della specificità o alla perdita totale del potere antigenico.

Antigeni naturali. — a) *Semplici.* — Corrispondono a questo gruppo tutti gli antigeni di tipo proteico che si trovano negli umori e spesso anche nelle cellule. Non ostante la grande importanza del gruppo, la conoscenza di esso non illustra il problema che ci occupa, e quindi vi sorvoleremo sopra. In quanto all'esistenza degli antigeni semplici di natura non proteica, solo si possono ricordare alcuni esempi, ma con qualche riserva poichè da un lato le esperienze che provano detta proprietà sono talora contraddette, e da un altro lato la attività antigenica può essere condizionata da una proprietà delle sostanze che dà luogo in vivo alla formazione d'un antigene complesso. Quest'ultima circostanza non sarebbe ostacolo perchè fossero riconosciuti come antigeni, ma ci costringerebbe a considerarli in maniera speciale. Non è difficile, d'altra parte, che altre sostanze antigeniche (come le tossine, ad esempio) abbiano per base della loro attività antigenica quella stessa proprietà.

Tra i lipoidi che possiamo considerare antigeni semplici è il fosfatido del *Myc. tuberculosis* (Meyer, Boquet, Dienes, Purner) che dà luogo alla formazione di anticorpi di fissaggio del complemento, e tra i carboidrati l'antigene isolato del Neumococco tipo I (Avery, Groebel, 1933), che è capace d'immunizzare i topi contro l'infezione del Neumococco virulento.

b) *Complessi.* — Si trovano in questo gruppo gli antigeni che per il momento sono i più interessanti ed appartengono al tipo lipo proteico ed al carboidrato proteico, e cioè che hanno un haptene lipoidico o un haptene carboidrato.

1) *Con haptene lipoide.* — Di questo gruppo conosciamo l'antigene eterogenetico, gli antigeni complessi delle cellule (specialmente globuli rossi) e il fosfatido del *Mycrobacterium tuberculosis.*

La natura chimica dell'antigene eterogenetico fu studiata da Sordelli, Wernicke e Deulofeu (1919-1925). Nelle comunicazioni di questi autori si riconosce che la sostanza appartiene al gruppo dei cerebrosidi ma che non è nè frenosina nè lerasina.

Si deve al Landsteiner (1927) la migliore conoscenza di questa sostanza. Si tratta d'un composto che contiene C. H. N., è solubile nell'acqua e insolubile nell'alcool metilico cloroformio e la cui costituzione chimica differisce da tutti i lipoidi conosciuti. Un altro haptene di questo gruppo è il fosfatido del *Myc. tuberculosis*, a meno che non lo si voglia considerare definitivamente come un antigene semplice, studiato per la prima volta da Meyer (1912) e della cui natura abbiamo una più perfetta conoscenza grazie alle indagini di Andersen (1927-1930). È una sostanza che, anche appartenendo al gruppo dei fosfatidi, ha una struttura chimica molto particolare, determinata specialmente dalla presenza dell'acido phtioico e d'un nuovo polisaccaride, la maninositosa, oltre ad avere anche dell'acido fosforico e della glicerina, come la lecitina e la cefalina. Si tratta certamente d'un corpo assai particolare che oltre la sua natura di haptene ha la capacità di dare nell'animale delle reazioni cellulari analoghe a quelle prodotte dall'infezione tubercolare.

2) *Con haptene carboidrato.* — La scoperta d'una sostanza di questa natura risale al 1910, in cui Ascoli e Valenti provarono che gli estratti acquosi eroidi del *B. anthracis* contenevano una sostanza specifica che reagiva in vitro come un precipitinogeno. Per disgrazia, l'indagine di questo problema non fu proseguita, e appena Doekez e Avery (1917) e Zinsser e Park (1923) fanno qualche passo nello studio di questo capitolo tanto interessante.

Conosciuta grazie ai lavori di Doekez e di Avery l'esistenza d'una sostanza antigenica solubile e specifica nell'ambiente di coltivazione del neumococco, e grazie a quelli di Zinsser e Park la sua incapacità antigenica in vivo, appare chiaramente la natura di haptene dei mucillagini batteriani, e in pochi anni se ne arricchisce la letteratura con innumerevoli lavori sul tema.

Heildelberger e Avery (1923-1932) e i loro collaboratori studiano gli hapteni del *Dipl. pneumoniae* e del *Klebsiella encapsulatae*, riconoscendo che ognuno dei tipi di entrambe le specie è portatore d'haptene-tipico. L'haptene del *Dipl. pneumoniae* tipo I è una sostanza (S. S. S.) che contiene N e deriva dall'acido galacturonico; il tipo II è un polisaccarido della glucosa; il tipo III un polisaccarido della glucosa con dell'acido aldolionico, ed il tipo IV un derivato mitrogenato acetilato d'un polisaccarido.

Oltre a queste sostanze che hanno preso nome dai loro scopritori come « specific soluble substances » (S. S. S.), Avery, Goebel e Zillett trovano un complesso nitrogenato e acetilato anche del gruppo dei polisaccaridi, designato come sostanza C che è comune alla specie

*Dipl. pneumoniae.* Recentemente Avery e Goebel (1933) hanno fatto una scoperta che permette di spiegare le contraddizioni esistenti tra le conclusioni dei lavori di Perlzweig, Schiemann, Enderoste e quelle che derivano dal supporre che la S. S. S. del *Dipl. penumoniae* tipo I sia l'haptene portatore di tutte le proprietà tipiche. È vero che la S. S. S. è soltanto un prodotto di decomposizione del vero haptene, per perdita d'un gruppo acetilo. La influenza decisiva sulle proprietà del haptene, esercitata dal gruppo acetilo è un fatto di grande importanza e che deve essere tenuto particolarmente presente nello studio delle sostanze simili.

Anche gli « eumiceti » (*Saccharomyces*, Müller, Tomcsik ,1924); *Monilia* Willia, e *Tricophiton* (Kesten, Cook, Jolling, 1930) contengono sostanze idrocarbonate specifiche con proprietà di haptene.

L'haptene idrocarbonato del bacillo di Kock fu trovato e studiato nel 1925 da Laidlaw e Dudley, e differisce dal polisaccarido del fosfatido, che non pare abbia alcuna proprietà specifica nè antigenica.

Quale antecedente alla conoscenza di queste sostanze idrocarbonate con proprietà di haptene, occorre ricordare il fatto commentato da Pick nel 1912 — che Pick e Obermayer e Pick alcuni anni prima avevano trovato — e cioè che i prodotti abiuretici dell'*Elerthella typhii* dànno delle reazioni specifiche di precipitazione col siero antitifico, mentre sono incapaci di generare anticorpi, poichè nel 1928 Fruth e Landsteiner trovano delle sostanze derivate dal batterio tifico aventi tali proprietà.

Del gruppo dei batteri intestinali, *Salmonella, Proteus*, ed anche del *Vibrion* colerico, furono isolate delle sostanze idrocarbonate specifiche (Furth e Landsteiner 1928; Landsteiner e Levene 1927; White 1927-1929).

Soltanto nel 1928 (Schoekaert) fu conosciuta la natura idrocarbonata del precipitogeno « coctoestable » del *Bauthracis*, già trovato da Ascoli e Valenti nel 1910 (Tomesik, Sordelli, Deulofeu, 1930).

I fenomeni di eterogenesi sono conosciuti anche per gli hapteni idrocarbonati, poichè esiste una grande rassomiglianza tra gli hapteni del *Dipl. pneumoniae* II, del *Klebsiella incapsulatae* e certi prodotti di disintegrazione della gomma arabiga.

In questa relazione, che è fatalmente molto succinta ed incompleta, si può, nonostante, apprezzare la ricchezza di hapteni naturali, senza importanza pratica, e i nuovi orizzonti offertici dal loro studio.

ANTIGENI ARTIFICIALI. — a) SEMPLICI: 1) *Sintetici.* — Figurano tra questi soltanto alcuni corpi di natura proteica che si ottengono per azione enzimatica sulle proteine in soluzione concentrata. Per il momento, solo si tratta d'un fatto curioso, la cui conoscenza non permette ancora una miglior comprensione dei fenomeni dell'immunità.

Anche se non rientra in questo gruppo di antigeni, essendo mancante di attività in vivo, è pure importante considerare la scoperta comunicata da Landsteiner e V. der Scheer nel 1932, relativa all'attività antigenica in vitro del *disazo* derivato da acidi bibasici, per costituire una nuova tappa sulla strada della sintesi dei corpi integralmente antigenici.

2) *Antigeni naturali modificati.* — Le proteine native possono per azione di certi agenti chimici soffrire una tale modificazione nella loro struttura, che la loro natura specifica riesce attenuata e può perfino scomparire.

Obermayer e Pick nell'anno 1903 iniziano lo studio di questo problema indagando l'influenza dell'introduzione di certi gruppi nella molecola proteica; i risultati, che sono già stati in parte confermati da Landsteiner, si possono riassumere come segue: le proteine trasformate dall'azione dell'acido nitrico o dell'acido nitroso (xantoproteine e diazoproteine) acquistano una comune natura antigenica, qualunque siano la specie alla quale appartenga la proteina nitrata o diazotata e il gruppo sostituente. Ma queste proteine trasformate, talora conservano la specificità della proteina nativa, vale a dire che i sieri precipitanti per la nitroproteina della specie A precipitano con la proteina nativa A. Questi fenomeni si possono interpretare supponendo che l'azione degli acidi nitrico o nitroso produce una modificazione tale della struttura proteica da determinare l'apparizione di qualità comuni, rispettando in pari tempo la struttura che è la base della specificità.

Si potrebbe citare come un fatto di natura simile la trasformazione delle proteine per la azione d'acido in ambiente alcoolico (« S » einveiss) che perdono la loro specificità originaria e acquistano delle proprietà antigeniche comuni (Landsteiner, Jablons 1917).

Insensibilmente da queste trasformazioni delle proteine con modificazione della specificità originale dovuta ai cambiamenti di configurazione o alla saturazione o al cambiamento di gruppi funzionali, si arriva alla creazione di nuove entità antigeniche portatrici d'un gruppo definitore della specificità, mentre si conservano i vincoli specifici con la proteina nativa.

COMPLESSI: a) *per unione di sostanze antigeniche naturali con hapteni naturali.* — Appartengono a questo gruppo complessi assai interessanti che hanno dato allo studio di questo capitolo dell'immunità un'attrattiva e una importanza eccezionali. Nel 1921 quando Landsteiner dava all'antigene eterogenetico senza capacità lisinogena il nome di haptene, annunciava che questa proprietà lisinogena si

aveva per la semplice mescolanza con dei siero di maiale. Più tardi, lo stesso autore in collaborazione con Simms (1923) precisa le condizioni sperimentali, in pari tempo che allarga il concetto di haptene a quelle già conosciute. Doerr e Nollauer (1923) ne studiano minuziosamente le condizioni di attivazione rivelando che una grande varietà di sostanze possono servire da appoggio per svegliare l'attività antigenica dell'haptene eterogenetico, e suppongono che l'inattività dell'haptene solo possa essere dovuta alla mancanza di contatto con le cellule produttrici di anticorpi, o al fatto che per il suo stato fisico non entri nel metabolismo.

L'impiego dello stesso metodo ha permesso di rivelare la natura antigenica specifica d'un grande numero di sostanze (certamente lipoidi) che fanno parte della struttura cellulare. Landsteiner e V. der Scheer nel 1925 a mezzo dello studio degli estratti alcoolici dei globuli rossi giungono a concepire la struttura delle cellule come un complesso con base specifica proteica al quale si uniscono un maggiore o minore numero di sostanze (hapteni) che sono sia specifiche o sia comuni con altra o varie specie. L'attivazione dei lipoidi per la loro unione con delle proteine estranee, ha permesso a Sachs e ai suoi collaboratori (1925) di dimostrare che le miscele di siero di maiale con lecitina comunicano a questa sostanza una attività antigenica rivelabile a mezzo di fissaggio del completamento e della sua flocculazione.

Queste scoperte sono state di recente confermate in diverse parti, impiegando diverse lecitine o diversi attivatori (Dessez, Nerta Maier 1933; Weil e Besser 1931; e Pico 1933). Simile a questo fenomeno è quello dell'attivazione dei lipoidi del coniglio a mezzo di siero di maiale, essendo l'animale iniettato lo stesso coniglio. È ben conosciuta l'ipotesi (Sachs, Klopstock e Weil 1925) basata su queste scoperte, per interpretare il meccanismo della genesi degli anticorpi che fissano il completamento nella Reazione di Bordet-Wassermann.

L'attivazione di sostanze naturali non antigeniche, di natura idrocarbonata, fu trovata per caso da Sordelli e Meyer nel 1931, nel dimostrare che i sieri preparati per iniezione intravenosa di batteri cresciuti in « agar » (*B. typhii, B. anthracis*) contengono delle precipitine per l' « agar ». Si tratta d'un fenomeno analogo a quelli già ricordati in questo capitolo, ma che ha permesso di stabilire che l'attivazione si realizza quando vi sono dei corpi batteriani e che l' « agar » non è unito fermamente ai batteri che crescono su di esso.

b) *per unione di sostanze antigeniche con hapteni non naturali* — Appartiene a questo gruppo di antigeni artificiali tutta una serie di corpi la cui sintesi e il cui studio furono iniziati da Landsteiner or sono 17 anni e proseguiti poi da questo valente investigatore anche attualmente. Costituiscono una delle conquiste più importanti nel campo delle nostre conoscenze sui fondamenti della specificità, e la loro indagine darà certo ancora dei frutti inestimabili.

Le proteine trattate con anidridi di acido e trasformate in acil-proteine, rivelano una capacità specifica condizionata parzialmente dalla natura del gruppo acido, in modo tale che, si può dire che il radicale acido è portatore di un carattere specifico, tale come lo ha un haptene, anche se in minor grado.

Ma l'introduzione nella molecola proteica di tali corpi determina probabilmente una partecipazione dei radicali prossimi che possono con la loro influenza modificare la proprietà specifica del gruppo acido che è stato fissato, e impedisca vedere la vera influenza dei radicali acidi sulla specificità.

È con l'applicazione del metodo, ormai classico, che consiste nell'accoppiare i corpi, di cui si vuol studiare l'influenza, con una proteina, mediante un aggruppamento azoico, che il Landsteiner e i suoi collaboratori iniziano veramente la nuova via.

Il metodo consiste nell'impiegare dei corpi che abbiano un amidogeno unito, al gruppo bencenico, i quali, una volta drazotati, sono copulati in ambiente alcalino con delle proteine native e purificati a mezzo di precipitazione in ambiente acido.

L'immunizzazione con questi corpi determina la formazione di anticorpi per l'haptene artificiale allo stesso tempo che anticorpi specifici per la proteina che serve da supporto. È per tanto necessario per investigare l'esistenza di anticorpi specifici per l'haptene artificiale, eseguire le reazioni con degli antigeni sintetici dell'haptene con una proteina d'un'altra specie animale.

L'influenza della natura dei gruppi acidi fissati sul nucleo bencenico è d'una importanza primordiale per la determinazione della proprietà specifica, come è dimostrato dal fatto che gli anticorpi per i gruppi sulfonico (acido sulfanilico), carboxilo (aminobenzoico) e arsanico (acido arsanilico) sono strettamente specifici.

Anche altri gruppi acidi sostituiti nella molecola da anilina o gli stessi in posizione diversa, o concomitantemente con altri radicali, determinano una marcata specificità.

Certo si tratta d'una caratteristica determinata dall'acido, poichè i derivati metilati alogenati o nitrati della anilina non manifestano delle proprietà apprezzabilmente specifiche tra sè; sono, però, perfettamente differenziabili dai corpi con gruppo acido.

La posizione nel nucleo determina carattere di specificità quando il gruppo è acido, Così gli acidi orto meta e para amino benzoici, do-

po diazotati, dànno delle reazioni differenziali anche se non totalmente specifiche.

L'influenza della struttura « estereochimica » è manifesta, come hanno dimostrato Landsteiner e V. der Scheer (1928-1929) con gli acidi led femil (per amino benzoilamino) acetico e con gli acidi tartarici uniti con la *parafenilendiamina* sotto forma di acidi per aminotartranilici. La specificità si manifesta anche col derivato dell'acido mesotartarico.

D'analoga significazione sono i risultati ottenuti da Avery Goebel 1929. che permettono di rivelare per metodi immunologici le differenze esistenti tra la glucosa e la galactosa unite come β glucosidi al paraaminofenolo (β paraaminofenolo glucosido e galactosido, rispettivamente).

Gli α e β glucosidi del paraaminofenolo sono anche differenziabili per metodi immunologici. Esiste però tra i due corpi una comunità antigenica marcata, essendo riconoscibili le differenze per assorbimento. Si tratta d'un fenomeno analogo a quello osservato tra gli hapteni idrocarbonati della *Klebsiella encapsulatae* B e il *Dipl. pneumoniae* tipo II.

I peptidi glicil glicina, glicil leucina, leucil glicina e leucil leucina uniti all'acido paraamino benzoico rivelano delle proprietà specifiche. Le reazioni incrociate si manifestano specialmente per l'aminoacido, il cui gruppo acido è libero. Così il siero specifico per il complesso diaziolo-benzoilo leucil leucina reagisce fortemente (specificamente) con l'antigene omologo, ma anche col corpo complesso della glicil leucina. Invece, non reagisce coi derivati della glicil glicina nè della leucil glicina.

Le reazioni osservate con gli antigeni nominati in questo capitolo ,nei quali l'haptene è di struttura chimica semplice, si manifestano soltanto quando l'haptene si coniuga ad un gruppo dal peso molecolare elevato, generalmente proteico, e non ostante la specificità si possa rivelare con gli hapteni liberi a mezzo del metodo chiamato della inibizione, i fenomeni immunologici non appaiono se non quando siano stati accoppiati ad una proteina. Recentemente, però, Landsteiner e V. der Scheer (1933) hanno preparato un haptene sufficientemente complesso perchè le reazioni immunologiche possano apparire senza bisogno di sostegno proteico. Gli acidi bibasici (malonico, asuberico) uniti alla nitro anilina e i nitro composti ridotti, diazotati e accoppiati con la resorcina dànno un complesso *Resorcindis azomalon anilico* o *superanilico* che uniti ad una proteina sono capaci di generare degli anticorpi specifici che dànno in vitro con l'haptene *resorcindisago xanilico* le corrispondenti reazioni di precipitazione tale come può farlo un antigene naturale d'alto peso molecolare.

Un fenomeno analogo, ma con un haptene naturale, che è capace di dare per sè stesso una reazione di precipitazione, fu studiato da Avery e Goebel (1931), che unirono l'haptene del *Dipl. pneumoniae* tipo III (1) col para amino metil bencene (2).

Questo corpo diazotato e accoppiato con una proteina, dà luogo alla formazione degli anticorpi che lo stesso neumococco III è capace di generare, e che per tanto reagisce con la sostanza specifica che per sua natura e per la complessità, dà le reazioni di precipitazione e di scatenamento dei fenomeni di ipersensibilità.

## III.

I fenomeni dell'immunità con gli antigeni semplici sono rivelati dalle reazioni conosciute da tutti, — precipitazione, fissazione del complemento, scatenamento di shock, ecc. — Per quanto tocca agli antigeni complessi e specialmente agli hapteni, siano naturali o artificiali, le probabilità sono a priori le stesse quando la complessità sia grande, ma non si può sperare che siano osservabili delle reazioni di precipitazione o di urto quando l'haptene abbia una struttura semplice.

*Reazioni di precipitazione.* — Le reazioni di precipitazione si osservano con gli hapteni naturali complessi solubili nell'acqua, come sono le sostanze idrocarbonate che si estraggono dai batteri, la gomma arabiga e l'«agar». Il fenomeno è simile a quello che si osserva con le proteine e i loro anticorpi precipitanti.

---

(1) Questo antigene artificiale complesso può venire benissimo inquadrato tra quelli costituiti da hapteni naturali. Ma siccome il corpo immunizzante è un complesso che ha la molecola azobenzilo che non costituisce parte dell'haptene naturale, ho creduto conveniente classificarlo in questo gruppo degli antigeni che hanno un haptene artificiale.

(2) *Per unione di sostanze non antigeniche con hapteni naturali.* — Nel 1932 Zozaya comunica il fatto sorprendente della creazione del potere antigenico in vivo per unione di polveri e sostanze di struttura corpuscolare e inerte con hapteni naturali. Il sostegno impiegato è collodio, o idrato d'alluminio o caseina, e su esso si fissa l'idrocarbonato di varie specie di batteri. La scoperta, come è facile capire, ha una significazione considerevole e deve prestarsi al suo studio una attenzione preferente.

Inoltre esiste l'antecedente che l'haptene eterogenico unito al caolino (assorbito) è capace di generare emolisine per globuli di pecora (Gonzáles Armunqué, 1931), e inoltre la menzione fatta da H. Schmidt (1933) di lavori non ancora pubblicati sull'apparizione di anticorpi paralipoidi per immunizzazione di conigli con i detti lipoidi fissati per assorbimento su collodio.

Questi fatti che hanno un'importanza grandissima richiedono uno studio più profondo e una conferma definitiva, appunto per il significato della possibilità della genesi degli anticorpi senza bisogno dello stimolo d'una sostanza costitutivamente antigenica, come è il caso di tutti gli antigeni composti il sostegno sia una proteina.

Quando si tratta di hapteni artificiali semplici le reazioni di precipitazione non hanno luogo, e i fenomeni di specificità si mettono in rilievo per reazione con un antigene complesso formato dall'haptene e una proteina diversa da quella impiegata per l'antigene che si adopera nella immunizzazione. In generale si sono adoperati siero di cavallo o qualcuna delle sue funzioni (albumina o globulina) e siero di pollo o qualcuna delle sue frazioni. Gli anticorpi per le proteine di entrambe le specie non hanno alcuna proprietà comune, e per tanto solo si manifesta l'attività specifica dell'haptene.

*Reazioni di fissaggio del complemento.* — Sono specialmente intense con gli hapteni lipoidi e sembrano manifestarsi con gli antigeni artificiali dagli hapteni non naturali, avendo presenti le condizioni indicate più sopra. Gli hapteni idrocarbonati non sono antigeni fissatori, o se sono tali, la loro attività è disprezzabile.

*Reazioni di « floculación ».* — Gli hapteni lipoidi che hanno tra le loro qualità fisiche la capacità di dare nell'acqua delle emulsioni stabili, sono precipitati di queste soluzioni per gli anticorpi specifici; si tratta d'una «floculación» o agglutinamento di particole. Qualcosa di simile accade allorchè alcuni hapteni sono fissati su dei corpuscoli inerti che rimangono in sospensione. Questa reazione di « floculación » e quella del fissaggio del complemento si presentano per lo più simultaneamente.

*Fenomeni di ipersensibilità.* — Per la manifestazione di questi fenomeni occorrono delle condizioni simili a quelle che determinano la precipitazione, tanto che si può dire che gli antigeni capaci di dare dei precipitati specifici possono anche scatenare l'urto. La sensibilizzazione del coniglio d'India si produce per gli antigeni complessi naturali, o per gli antigeni complessi artificiali. con un po' più di difficoltà che con le proteine native semplici e in generale si suole ricorrere alla sensibilizzazione passiva dei conigli d'India con dei sieri preparati per immunizzazione del coniglio. Gli hapteni naturali idrocarbonati scatenano l'urto anafilattico in modo simile alle proteine.

In quanto agli apteni artificiali lo fanno soltanto allorchè sono uniti ad un supporto complesso di natura proteica. Una eccezione è costituita dal *sesoreindisazosuteranilico* e i suoi omologhi, che essendo degli hapteni scatenano l'urto dei conigli d'India sensibilizzati.

*Reazioni d'inibizione.* — Se si ammette che la reazione tra antigene e anticorpo è governata da un vincolo specifico e che la reazione ha luogo per saturazione dei gruppi portatori della specificità, è logico supporre che un anticorpo possa essere saturato dall'haptene specifico anche nel caso questo fosse molto semplice e incapace di manifestare qualche reazione. Se così accadesse, questo anticorpo già saturato non potrebbe reagire con l'antigene complesso specifico, vale a dire che l'aptene saturando l'anticorpo ne inibisce la reazione con l'antigene complesso. Queste reazioni di inibizione sono state osservate tanto per la precipitazione quanto per l'urto anafilattico. Se al siero specifico per l'antigene complesso metanilico azosiero cavallo si aggiunge dell'acido metanilico, l'anticorpo si satura e si inibisce, poichè la somma di metanilico azo pollo non produce precipitazione. Allo stesso modo, se un coniglio d'India viene sensibilizzato col complesso fenolo β glucosido azoglobulina cavallo ed in periodo di ipersensibilità gli si inietta l'haptene (fenolo β glucosido) scompare per alcune ore l'ipersensibilità all'antigene complesso fenolo β glucosido ovalbumina. Questo animale iniettato con l'antigene scatenante e che non è morto per l'inibizione specifica data dall'haptene, rimane desensibilizzato.

IV.

L'immunità è un fenomeno che consiste in un cambiamento delle proprietà delle cellule, che avviene a causa del loro contatto diretto con certe sostanze estranee e che appare dopo un periodo d'inerzia. Il fenomeno è specifico e di lunga durata.

Se si confronta il fenomeno dell'immunità con quello della memoria, vi si riscontra una tale rassomiglianza che permette di definire l'immunità come la memoria cellulare determinata dall'azione diretta di certe speciali sostanze. Sarebbe così un fenomeno di irritabilità, o almeno avente per base questa proprietà essenziale della sostanza viva, ed è per tanto ben diverso dalla digestione intracellulare come comunemente viene concepita.

Perchè una sostanza (antigene) possa destare un fenomeno di tale natura, essa dev'essere adatta all'essenza di quel fenomeno e avere quindi la capacità di operare sugli alimenti dell'irritabilità cellulare.

Mentre la condizione essenziale della proprietà antigenica, è la natura colloidale o corpuscolare, quella della specificità ha invece una base altrettanto diversa che risiede nella struttura chimica. Abbiamo visto già che tanto la antura come la posizione dei gruppi nella molecola, quanto l'ordinazione spaziale e di collegamento, sono cause che determinano la specificità.

Natura colloidale e proprietà specifica sono spesso qualità d'una sola e singola molecola, ma esistono anche antigeni complessi costituiti dal gruppo colloidale e dal gruppo specifico uniti in modo solido con legame di tipo chimico, o soltanto collegati da una affinità fisica. Il caso estremo lo troviamo negli antigeni complessi costituiti da gruppo colloidale e gruppo

specifico non legati insieme chimicamente, e che, separatamente, non hanno alcuna capacità antigenica in vivo.

I gruppi specifici sono antigenici in vitro, e separabili, che il Landsteiner nel 1921 ha chiamato Hapteni, corrispondono all'idea espressa da noi, nel 1918, con queste parole: « esiste un antigene che ha la capacità fissatrice di certi anticorpi, e che è incapace di generarli per difetto di proprietà irritativa » (Reizwirkung).

La natura specifica della costituzione chimica delle singole specie non risiede soltanto nelle proteine, ma anche in altre numerose sostanze che si trovano specialmente nelle cellule. Talmente importante e varia è questa nuova forma della specificità che in ogni specie si trovano individui appartenenti a gruppi diversi, secondo la struttura chimica di queste sostanze. A mano a mano che si conoscono queste sostanze, si trovano i fondamenti per le aggruppazioni degli individui di ogni specie e in alcuni casi anche per differenziare gli individui tra di loro stessi.

Le recenti conquiste dell'immunologia sul terreno della conoscenza della struttura delle sostanze cellularie, su quello dello studio della natura e della creazione della proprietà antigenica, nella determinazione della specificità, nella saturazione della capacità di reazione delle cellule senza che appaiano dei fenomeni di ipersensibilità, nello possibilità di creare degli anticorpi per sostanze cristalloidi e relativamente semplici, dànno alla scienza dell'immunità un nuovo vigore e aprono ad essa più vasti orizzonti.



# NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI

## Per il muscolo retto nell'operazione dell'ernia inguinale.

Prof. G. BAGGIO.

Credo di essere d'accordo con tutti se dico che l'operazione chirurgica è un insieme di manovre ciascuna delle quali deve armonizzare col criterio direttivo unico della finalità cui l'operazione tende ma deve conservare nello stesso tempo un obbiettivo suo particolare ben chiaro e circoscritto.

Altra premessa che vorrei fare è la seguente: si può scrivere per averne utilità personale, e si può scrivere credendo di rendersi utili anche ad altri: per le delucidazioni o per le novità che si intenda portare all'argomento trattato. Quando si entra in questo secondo ordine di idee, si dispone, in certa maniera, il terreno a che altri collaborino allo stesso scopo: aggiungendo ulteriori considerazioni o dando interpretazioni differenti.

Una pubblicazione che può interessare tutti i chirurgi secondo tale punto di vista, per la notorietà e la praticità dell'argomento, mi pare che sia quella, recente, di Frattin, nel n. 19 di questo Periodico, avente per titolo: « Cenni sui concetti informativi dell'operazione di Bassini ».

È forse la prima volta che, scrivendo della operazione di Bassini, è sentito il bisogno di illustrare in tutta la sua portata pratica il concetto informatore dell'operazione medesima, facendolo rientrare « nell'accuratezza che Egli poneva a ricostruire nel modo più razionalmente valido la parete addominale, dopo una qualunque laparotomia ». E l'impronta eminentemente pratica che il Frattin dà a questa sua illustrazione mi pare che risulti assai chiara dal modo stesso nel quale comincia:

« Essenziale è, anzitutto, la esatta preparazione anatomica della regione... È soltanto in seguito a questa accurata preparazione che tutte le ernie inguinali, qualunque siano la loro specie, il volume, le loro complicanze, si riducono ad un tipo unico di ferita, che il Bassini ha appunto insegnato a chiudere ricostruendo col suo metodo la regione inguinale ».

Su questo piano di direttiva, strettamente anatomico, Frattin procede ad illustrare i vari tempi dell'operazione, e in forma più che esauriente per dare all'operazione medesima

tutta la sua classicità di concetto e di esecuzione.

Profitto di tale favore per dimostrare che l'utilizzazione che io faccio del muscolo retto dell'addome nell'operare l'ernia inguinale, rientra interamente nel concetto operatorio di Bassini e di quel concetto forma anzi un tempo particolareggiatamente intonato alle disposizioni anatomiche della regione.

L'utilizzazione cui accenno è la seguente: nel costruire la nuova parete posteriore del canale inguinale io suturo all'arcata crurale: non più soltanto i muscoli larghi dell'addome e l'estremità mediale del muscolo retto chiuso nella sua guaina, ma i muscoli larghi e il muscolo retto sguainato: questo, per lungo tratto, separatamente e unitamente a quelli, più precisamente per 5 punti su 6.

La fascia transversalis, l'apro più o meno, a seconda della varietà di ernia, per dominare in profondità il sacco erniario, isolarlo dal tessuto preperitoneale e suturarne la base. Dopo, la suturo anch'essa: per chiuderne la breccia e addossarla adeguatamente al funicolo spermatico in corrispondenza dell'anello inguinale interno, secondo la disposizione normale.

Ora, riportandomi alla pubblicazione di Frattin, constato anzitutto con piacere che è pure la prima volta che, illustrando l'operazione di Bassini si tratta del muscolo retto con dettaglio alquanto maggiore di quello costituito dall'originaria frase di Bassini: « I due primi punti applicati appena all'esterno del pube, comprendono anche il margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome ».

Frattin ci dice che questa frase

« è... una constatazione, per quanto non necessariamente generalizzabile, più che un precetto ».

E lo desume, oltre che dal

« fatto che nelle lezioni del Bassini, come nei precetti tradizionali della Scuola, il muscolo retto non era mai particolarmente ricordato come elemento essenziale dell'operazione »,

dalle parole stesse che il Bassini ha connesso o premesso alla frase suddetta.

Ebbene, io accetto senza discussione il primo argomento, perchè costituisce l'interpretazione ufficiale; sull'interpretabilità della frase, faccio invece le mie riserve, perchè la constatazione di cui parla Frattin, presa nell'obbiettivo significato verbale, potrebbe voler dir invece: se le cose sono fatte bene, i primi due punti vengono a comprendere anche il margine esterno del muscolo retto. E in tal caso non sarebbe più una semplice constatazione, ma acquisterebbe veramente il significato di precetto.

In tal modo, di fatti, quelle parole erano state intese anche da altri, prima che da me, i quali avevano voluto attenersi scrupolosamente a quanto il Bassini aveva dettato.

Ma io non faccio studio di codici: studio invece il senso delle cose; e perciò, ripeto, accetto l'interpretazione di Frattin e vado avanti, seguendolo.

« Può anche avvenire talvolta che il piano muscolare del triplice strato sia eccezionalmente atrofico, o anche, verso l'angolo pubico, completamente scomparso, riducendosi ad un semplice lembo connettivo; in questi casi generalmente si scorge il margine esterno del muscolo retto sporgere libero dalla sua guaina, fra tendine congiunto e fascia transversalis, quasi a costituire un abbozzo di naturale compenso alla deficenza degli altri due muscoli. Allora, evidentemente, il muscolo retto va utilizzato in pieno, e può darsi il caso che tutta la parete posteriore del canale deva essere ricostruita principalmente a spese di esso. Ma in queste circostanze — da ritenersi, del resto, eccezionali ed atipiche — il muscolo retto, per la sua spontanea espansione verso l'esterno, si presta assai bene allo scopo; ciò che non sembra possa verificarsi in ogni caso, quando il muscolo retto sia validamente teso fra le sue naturali inserzioni, e ben contenuto nella sua guaina ».

Qui devo dire che non sono d'accordo con l'A. quando scrive che il margine esterno del muscolo retto sporge libero dalla sua guaina. Forse egli s'esprime così perchè prima aveva scritto che è improprio dare a quella parte di fascia transversalis il nome di guaina del muscolo.

« Posteriormente non v'ha altro rivestimento che la fascia transversalis, la quale lateralmente aderisce per semplice accollamento alla superficie posteriore del tendine congiunto, costituendo così quella che, continuando la completa guaina che esiste più in alto, ancora qui si vuol chiamare, forse alquanto impropriamente, guaina del muscolo retto ».

Ma, in ogni caso, per quanto possano essere alterati i rapporti dei tessuti in conseguenza dell'ernia, e siano ipotrofici alcuni muscoli e ipertrofici altri, a rivestire il muscolo retto, là dove lo considera l'A., si trova sempre la fascia transversalis.

E anche su ciò non mi dilungo. Invece, dal suddetto capoverso di Frattin colgo il concetto di direttiva chirurgica: che, nell'operazione di Bassini, il muscolo retto va utilizzato a seconda della misura nella quale

« si presta... allo scopo ».

E poichè Frattin dice che questo prestarsi « assai bene »

« non sembra possa verificarsi in ogni caso, quando il muscolo retto sia solidamente teso per le sue naturali inserzioni, e ben contenuto nella sua guaina »,

osservo: se consideriamo il muscolo ancora ricoperto dalla fascia transversalis, è certo ch'esso non si presta ad essere suturato all'arcata crurale; ma, se lo mettiamo allo scoperto dalla fascia transversalis, ci si presta invece con una facilità sorprendente. E per metterlo allo scoperto dalla fascia transversalis, senza fargli perdere i suoi rapporti, non occorre eseguire che questa manovra:

Suturato il sacco e chiuso il peritoneo, prima di suturare la fascia transversalis, si introduca l'indice nell'apertura di essa, tra fascia e peritoneo, disponendone il polpastrello contro la fascia. Si avvertirà subito il rilievo carnoso del muscolo retto. Se ora, mentre l'aiuto uncina in alto e in avanti il tendine congiunto, si fa un piccolo occhiello sul sottile tessuto fibroso che ricopre il rilievo constatato dall'indice suddetto, si vede subito la massa del retto. Le forbici completeranno l'apertura del rivestimento marginale del muscolo fino al pube medialmente e finchè il muscolo si sottrae alla vista lateralmente; quivi s'incontra e di solito s'interrompe un vasellino che può convenire di allacciare. Eseguita questa preparazione anatomica, si ha: tendine congiunto intatto, in avanti, fascia transversalis integra nella sua continuità, posteriormente, muscolo retto fra mezzo, che risponderà facilmente alle trazioni in basso.

Verso il pube non è più il muscolo retto che si scopre, ma il suo tendine; e sul pube si può mettere allo scoperto il piramidale.

Se, durante la dissezione, il tendine congiunto, anzichè sollevato in alto e teso in avanti, sia ripiegato in alto, può succedere che l'incisione di scopertura del retto non interessi soltanto il rivestimento marginale del muscolo, ma interrompa invece il tendine congiunto stesso: del che ci si accorge durante l'ulteriore sutura dei muscoli larghi. Si rimedia con punti staccati che ristabiliscono la continuità del tendine. E si evita l'inconveniente controllando l'azione del bisturi, non solo verso la fascia, cioè sulla guida dell'indice retroposto, ma anche verso il tendine congiunto che può essere osservato dal davanti.

***

Ho esposto l'anno scorso il fondamento anatomico di questo concetto chirurgico al Congresso Italiano di Anatomia, e ne ho avuto approvazione. Fra poco dovrebbe essere pubblicata dalla « Rivista Internazionale di Medicina e Chirurgia » una lezione nella quale esposi questo ed altri particolari cui mi attengo nell'operare l'ernia inguinale. Con maggior dettaglio e qualche figura mi sono intrattenuto sull'argomento scrivendo per quello che dovrebbe essere il prossimo « Trattato Italiano di Chirurgia ». Ne ho scritto qui per la fortunata occasione che mi è stata offerta.

Ma qui come altrove desidero chiarire il punto seguente:

Non vorrei che si pensasse che io intenda di aver portato un'altra delle tante modificazioni al *metodo* di Bassini. Tanto più mi rincrescerebbe che ciò fosse pensato dalla Scuola di Bassini, alla quale appresi da studente.

Può essere modificata *l'operazione* di Bassini se per essa intendiamo non più il concetto e la connessione dei tempi operatorii, sì bene anche le stereotipate manualità, come per es.: quella di isolare il convoluto erniario e il sacco mediante trazioni digitali, anzichè per dissezione anatomica.

Per es., isolando il convoluto erniario dalle pareti del canale inguinale, io conservo il cremastere: che utilizzo assieme ai muscoli larghi da una parte e a circondare medialmente il cordone sull'anello interno, dall'altra; incido l'aponevrosi del grande obliquo al di sopra, completamente fuori, del canale inguinale, non sul canale medesimo; chiudo il peritoneo mediante sutura lineare, anzichè allacciarlo o suturarlo a borsa di tabacco; suturo i muscoli all'arcata con punti ad U verticali che vengono annodati all'esterno.

Ma il metodo di Bassini non è modificato per questo.

Non è mutato, cioè, quel suo carattere di: « Ricostruire nel modo più razionalmente valido ».

Se mai, vorrei dire anzi che tale carattere è affermato anche di più. Ed è appunto per questo: per sempre più diffondere queste direttive eminentemente e saggiamente chirurgiche, estensibili dall'ernia a tutti gli interventi operatorii, come il Bassini, invece, dalle altre operazioni le portò all'ernia, ch'io mi sono fermato e mi soffermerò ancora su ogni dettaglio che possa dare affidamento di maggior successo nella cura dell'ernia inguinale secondo il metodo di Bassini.

E se la presente pubblicazione non è discara agli allievi del Maestro, sia anch'essa d'omaggio alla Sua memoria nel cinquantenario della prima operazione, che Frattin ben opportunamente ha ricordato.

RIASSUNTO.

L'A. ricorda l'utilizzazione che fa del muscolo retto sguainato, per costruire la nuova parete del canale inguinale e dimostra che tale modo di procedere rientra nel concetto informatore dell'operazione di Bassini, quale è illustrato da una recente pubblicazione del suo allievo, Frattin.

# OSSERVAZIONI CLINICHE

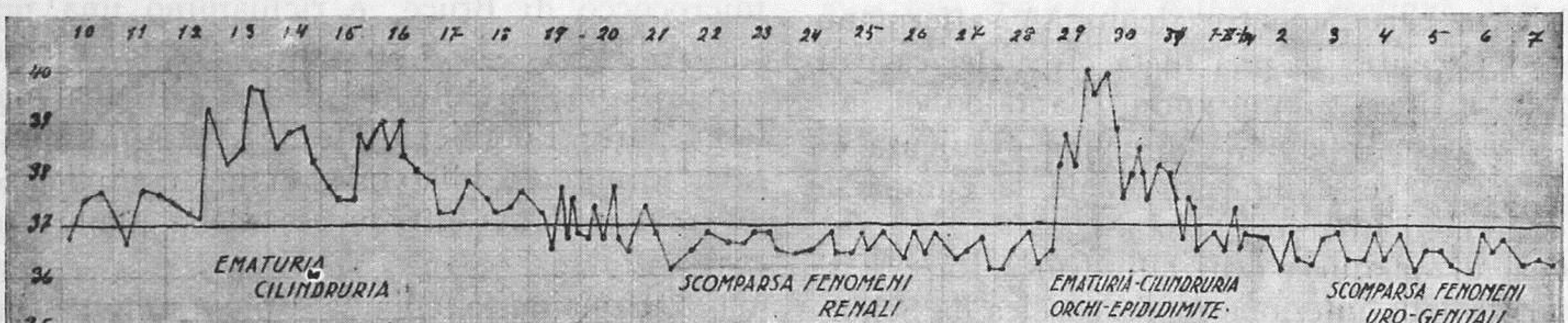
IST. DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.
Direttore: Prof. C. LOTTI.

## Su di un caso di brucellosi a decorso atipico.

Dott. VITTORIO PICASSO
e Dott. LUIGI DETTORI (1).

Poco oggi è da aggiungere allo studio della febbre di malta, il quale può considerarsi esauriente per il contributo notevole che da circa un quarantennio autori e trattatisti hanno ad esso portato. Tuttavia riteniamo utile comunicare un caso clinico, che abbiamo recentemente osservato, mostrando esso delle particolarità di decorso e di sintomatologia, che sicuramente non sono comuni.

Si tratta di un giovane di 22 anni, da Bagni S. Giuliano, il quale non ha precedenti ereditari nè personali degni di nota fino alla malattia attuale. Questa si iniziò ai primi di ottobre 1933




senza febbre, con notevole astenia, a cui seguì la comparsa di una colorazione rossastra delle orine.

Ricoverato nell'ospedale di Torino (il malato è aviere), venne constatata una nefrite emorragica (albuminuria, ematuria e presenza di cilindri granulosi nel sedimento). Uscì assai migliorato dopo circa quaranta giorni di degenza; ma tornato a casa, in Toscana, ebbe una ricaduta della nefrite emorragica, anche questa volta senza febbre.

La ricaduta non ebbe lunga durata; ma il 3 gennaio il paziente notò elevazione termica fino a 39°, e la sua attenzione fu richiamata da una nuova e più intensa colorazione rossa delle orine. Per questo entrò nel nostro Istituto.

All'esame obbiettivo si rileva febbre non elevata, 37°,5; i singoli apparati non mostrano particolarità degne di nota all'infuori di un modico tumore di milza e di fegato. Pressione vasale: Mx. 140, Mn. 80.

L'esame delle orine dà i seguenti reperti: quantità: 900-1200 nelle 24 ore; densità: 1011; reazione: acida; cloruri: gr. 5,85 ‰; urea: gr. 9,87 ‰; urobilina: tracce; albumina: 1 ‰; sangue: prova con la benzidina presente (++++); glucosio: assente; pigmenti biliari: assenti; sedimento: numerosissimi globuli rossi, rari cilindri granulosi.

La prova della eliminazione idrurica dimostra normale il potere di diluizione e concentrazione del rene; sottoponendo il malato alla prova della cloruria alimentare (somministrazione di gr. 10 di cloruro di sodio), il tasso dei cloruri urinari si eleva, nelle 24 ore, a gr. 12,10; la quantità dei cloruri nel sangue è di gr. 5,12 ‰. Determinando l'urea nel sangue essa è di gr. 0,80 ‰; ripetendo la determinazione dopo 4 ore dalla somministrazione di gr. 10 di urea, essa è di gr. 1,12 ‰.

Esame cromocitometrico ed istologico del sangue: globuli rossi 3.200.000; Hb. 55 %; valore globlare 0,85; globuli bianchi 7.500; rapporto 1:426. All'esame istologico, niente si nota a carico dei globuli rossi; numero delle piastrine: 287.000 per mmc.

A carico della serie bianca, non si vedono elementi atipici; il rapporto percentuale delle varie forme è il seguente: polimorfi 65 %; neutrofili 65 %; eosinofili 0 %; basofili 0 %; linfociti 27 %; monociti 8 %.

Sierodiagnosi: positiva l'agglutinazione per la brucella melitense 1/400 (non furono provate diluizioni maggiori).

Emocultura: positiva per la brucella melitense, tanto nel sangue prelevato nel periodo febbrile, quanto in quello prelevato durante l'apiressia del malato.

*Diario riassuntivo*. La temperatura, elevata nei primi giorni di degenza, dopo un periodo di 10 giorni circa, tornò gradatamente apirettica. Alla scomparsa della febbre seguì la scomparsa dell'ematuria.

Ma ad una nuova poussée febbrile (insorta dopo 7 giorni di apiressia senza cause apprezzabili) si accompagnarono di nuovo ematuria e cilindruria. Oltre a questo, al terzo giorno della nuova riacutizzazione, il malato accusò modico dolore al testicolo sinistro; l'epididimo, particolarmente dolente, era aumentato di volume e di consistenza.

L'aumento di temperatura fu di breve durata, ed anche questa volta (dopo la sua scomparsa), le orine si andarono rischiarando fino a riprendere il colore normale. L'albumina da 0,80 si ri-

(1) Gli AA. hanno avuto parte eguale nella esecuzione del lavoro.

dusse ad un lieve opacamento; nel sedimento: rari globuli rossi, non cilindri.

L'orchioepididimite ebbe un decorso assai più lungo dell'ematuria (10 giorni), ma anche essa scomparve completamente.

Dal 2 febbraio il malato è completamente apirettico e non ha più avuto poussée ematuriche, nè altre manifestazioni a carico dei genitali. L'albumina è completamente scomparsa, e nel sedimento non si osserva nessun reperto degno di nota.

Noi possiamo nel nostro ammalato prospettarci due possibilità: 1ª che si tratti di un malato il quale ebbe inizialmente una nefrite emorragica, ed in periodo successivo una febbre maltese, con riacutizzazione della nefrite emorragica; 2ª o che fino dall'inizio si sia trattato di una febbre maltese complicata da nefrite. Il quesito non è privo d'interesse (anche se una risposta di assoluta certezza non è facile) sapendosi che le complicanze urogenitali non fanno parte del quadro abituale della febbre maltese.

L'apparato urinario — dice Izar — è quasi sempre indenne, benchè il germe venga eliminato costantemente con le orine. Solo eccezionalmente si può riscontrare una lesione albuminurica in rapporto allo stato febbrile e senza presentare alcun accenno di vera e propria lesione renale.

Thibault dice, che il rene non è particolarmente attaccato dalla febbre maltese, e se qualche volta le orine contengono tracce di albumina, esse hanno i caratteri delle orine febbrili.

D'altra parte, mentre alcuni AA. affermano che si riscontra in una metà circa dei casi di febbre maltese albuminuria (Cantaloube); altri invece sostengono, che è una evenienza abituale, pur essendo eccezionale la comparsa di fenomeni uremici (Schaull).

Casi di ematuria e di cilindruria sono stati descritti nella infezione melitococcica da Schotmüller, il quale ha osservato anche casi di pielonefrite. O. Hennig ha descritto recentemente un caso di ematuria da bacillo di Bang. e ultimamente Beggi del nostro Istituto in una sua monografia sulle complicazioni uro-genitali nella febbre di malta, riporta un non piccolo numero di casi di ematuria e cilindruria in soggetti affetti da febbre maltese.

Il nostro maestro prof. Lotti, nelle sue lezioni sulla febbre di malta, fa anch'egli noto di avere osservato più volte delle poussées di intensa cilindruria, a tipo accessionale e fugace, a cui non va riconosciuto un significato prognostico grave, appunto per la loro fugacità.

Per quanto riguarda la comparsa dell'ematuria, essa è spesso precoce ed abbondante (Souleyre, Beggi); altre volte compare durante l'acme della malattia (Beggi). Queste ematurie spesse volte si accompagnano a delle poussées di cilindruria fugaci.

Le alterazioni anatomo-patologiche di queste forme furono studiate da Carbone, il quale trovò: all'esame macroscopico i reni flaccidi ed iperemici con capsula bene svolgibile. Nella sostanza corticale i glomeruli spiccano benissimo sotto forma di punticini di color rosso-vivo, ed inoltre si vedono delle chiazze più chiare, leggermente opache, a contorni sfumati.

All'esame microscopico le anse glomerulari appaiono distese dal sangue, e così anche le arterie intertubulari; l'epitelio glomerulare e capsulare appare tumido e desquamato, mentre nella capsula del Bowmann e nel tratto iniziale dei tubuli contorti si vedono coaguli albuminosi scarsi ed in qualche punto tenuissimi. Infine, nei limiti fra la sostanza corticale e midollare, si vedono piccoli focolai disseminati d'infiltrazione parvicellulare, attorno o ai grossi tronchi arteriosi, oppure alle arterie glomerulari, oppure ai glomeruli.

Sebbene Izar dica di non aver mai riscontrato in centinaia di casi di febbre maltese da lui stesso osservati, nè orchiti, nè una qualunque altra lesione a carico dell'apparato genitale, sia maschile che femminile; e sebbene altri, come Sicard e Lecas, la considerino come una non chiara manifestazione dovuta al micrococco di Bruce, e richiamino una pregressa blenorragia a spiegare l'eventuale comparsa di una orchite nel decorso di una maltese; pure, l'orchiepididimite, spesso unilaterale, raramente bilaterale, è una complicazione non affatto infrequente della febbre di malta.

Curschmann la chiama tipico sintoma iniziale; però essa può aversi in qualsiasi periodo della malattia (Beggi), come lo dimostra anche l'osservazione da noi riportata.

Per quanto riguarda la frequenza, essa varia a seconda i diversi autori: così Hughes parla del 4 % dei casi; Lang-Welt del 5 %; Eyre e Cantaloube dell'8 %; Gardan del 10 %.

La ragione della frequenza dell'orchite nella febbre maltese è stata spiegata con una particolare predilezione del germe patogeno per i genitali; il fatto che la febbre di malta può trasmettersi direttamente dal malato al sano per via genitale (e sembra che sia l'unico modo di trasmissione diretta) avvalorerebbe questo modo di vedere.

L'insorgenza dell'orchite nella febbre mal-

tese è generalmente brusca, meno frequente è l'inizio lento e graduale, rarissimi poi sono i casi di suppurazione (Duffey, Challiès de Viass). A differenza di quanto avviene nell'orchite gonococcica, la tumefazione del testicolo è modica, poco dolente ed anche indolora, con interessamento della vaginale e solo raramente del funicolo; in più la lesione melitococcica non minima affatto l'integrità funzionale ed anatomica del testicolo.

Però l'interesse del nostro ammalato non tanto riguarda la possibilità che la febbre di malta dia complicanze al testicolo od al rene, quanto lo stabilire se la febbre di malta sia venuta a riacutizzare una pregressa nefrite emorragica, o se questa abbia rappresentato invece un modo d'insorgenza atipico della febbre maltese stessa.

In quest'ultimo caso l'atipia di decorso sarebbe veramente notevole, perchè all'inizio della nefrite emorragica, mancò (secondo quanto il paziente ci riferisce) anche la febbre.

Pur non potendo rispondere con sicurezza assoluta, crediamo opportuna qualche considerazione:

Il malato ha avuto durante la degenza in Istituto rialzi termici brevi e fugaci; la prima emocultura positiva per la brucella melitense si ebbe durante uno di questi accessi; ma ripetuto l'esame del sangue, quando la febbre era da giorni totalmente scomparsa, l'emocultura fu di nuovo positiva; in altre parole, non c'è stato nel nostro ammalato un netto parallelismo tra febbre e presenza del germe nel sangue.

D'altronde, fino dall'ingresso del paziente in Istituto esisteva un più che modico aumento di volume della milza e del fegato, con sierodiagnosi positiva a titolo assai elevato (non furono saggiate diluizioni superiori ad 1:400, ma a questa diluizione si aveva agglutinazione completa in un periodo di tempo relativamente breve); il che permette di affermare che la infezione melitense non era di data assolutamente recente. Se poi si considera il decorso della nefrite, due fatti essenzialmente colpiscono la nostra attenzione: la frequenza delle recidive, la loro fugacità e la rapida guarigione. Noi abbiamo avuto l'opportunità di seguire negli ultimi anni non pochi casi di nefrite emorragica ed in nessuno abbiamo potuto osservare questo decorso. Le recidive che durano 4-5 giorni, che non si accompagnano a nessun segno di turbata funzione renale, che guariscono rapidamente, e che infine permettono di ritornare in pochissimi giorni ad un regime alimentare comune, senza che il malato ne risenta danni, non sono proprie delle forme comuni di glomerulo-nefrite, mentre si inquadrano bene nella sintomatologia della febbre maltese.

Per queste ragioni, pur non potendo essere assoluti, riteniamo di dover concludere per una forma maltese ad inizio atipico di nefrite emorragica.

## RIASSUNTO.

Gli AA. descrivono un caso di febbre maltese con complicazioni uro-genitali, in cui la complicanza renale, evenienza piuttosto rara, è stata il sintoma iniziale della infezione militococcica.

## BIBLIOGRAFIA.

Beggi D. *Complicazioni uro-genitali nella febbre maltese, monografia.* Tip. editrice Pacini Mariotti, Pisa, 1932.
Bruce D. *Malta fever.* Twentieth. Cen. Tract., New York.
Cantaloube. *La fièvre de Malta en France.*
Carbone. Arch. per le Sc. med., Torino.
Curschmann. Med. Klin., 11, 1929.
Eyre. *Nutrient media of standeard reaction for bacteriologica.* Work. Brit. Med. Journ.
Gardan. Bull. Méd. de l'Algerie.
Gozeneuve. Bulletin Société de pathologie exotique.
Henniig O. Zeitschrift f. urologische chirurgie.
Klimmer. Münch. med. Woch., 5, 1922.
Kurt u. Stenzel. Zeitschrift Urologie, 1931.
Montuschi. *Nefriti infettive.*
Nagorsen. Med. Klin., 18, 1929.
Pefere A. Path., pp. 295-306.
Schottmüller. *Ueber eine daus Bild de Tiphus bietende.*
Schöttler. Z. Geburtsch., 90, 1926.
Schoull. Gaz. des Hôp., 22 Jan 1910.
Souleyre. Ibid., 25 ottobre 1910.
Tribault. *Traité de Pathoogie exotique*, fasc. 11, p. 356.
Yzar. *Trattato Italiano di medicina interna.*

# SUNTI E RASSEGNE

## SISTEMA NERVOSO.

### La sciatica come entità clinica.

(E. D. W. HAUSER. *Journal American Medic. Assoc.*, 5 maggio 1934).

La sciatica è una neuralgia riflessa o un dolore riferito nel territorio di distribuzione del nervo sciatico, e come tale va nettamente distinta dalla neurite dello sciatico, che è una infiammazione di questo nervo.

La neurite sciatica può essere primaria o secondaria, La primaria è dovuta ad uno stato di intossicazione generale (avvelenamento da alcool, piombo, arsenico) o essere la conseguenza di una malattia generale (diabete, sifilide). La secondaria è dovuta ad una pressione esercitata sul nervo generalmente ad un livello più alto della pelvi: tumori midollari che esercitano la pressione dentro il canale rachideo; tumori metastatici che comprimono le radici, il plesso o il tronco dello sciatico; tumori pelvici che di solito esercitano la pressione unilateralmente sul plesso o sul nervo.

Putti, nella sua descrizione della sciatica, dimostrò un restringimento dei forami intervertebrali dovuto ad anomalie delle faccette articolari e processi articolari, fatti che provocano una compressione delle radici. Williams rilevò in una sindrome d'irritazione sciatica una riduzione dello spazio lombosacrale.

Le neuriti sciatiche, siano esse primarie o secondarie, sono meno frequenti delle neuralgie essenziali. Comunque in ogni caso bisogna stabilire la diagnosi differenziale.

A differenza di quanto avviene nella neurite il reperto neurologico risultò normale nella neuralgia; come negativo è il reperto radiografico della regione lombosacrale e del bacino.

La sciatica è preceduta da sintomi d'insufficienza muscolare nella regione lombare e sacroiliaca, un senso di stanchezza e d'impaccio, una dolenzia intermittente o costante, trafitture localizzate alla regione lombo-sacrale o ad una o ambedue delle articolazioni sacroiliache, nonchè segni di reazioni infiammatorie in queste articolazioni.

D'altra parte durante l'accesso acuto l'esame dimostra uno spasmo muscolare nella regione lombare, un'incordatura protettiva, il segno di Lasègue positivo, un'accentuazione delle curve normali della colonna vertebrale. In circa la metà dei casi esistono segni di debolezza e irritabilità nervosa, che talvolta raggiunge il grado di quelle della nevrastenia. Molto spesso si riscontrano anche piedi piatti e varici delle gambe, il che ha fatto attribuire la neuralgia a sforzi fisici reattivi.

Dallo studio di sessanta casi di neuralgia sciatica l'A. è indotto alle seguenti conclusioni: 1) che esistono forme di sciatica essenziale che per nessun conto possono riferirsi a processi neuritici; 2) che il dolore riferito non è limitato al territorio immediato dello sciatico; 3) che il dolore sciatico può essere attribuito a insufficienza muscolare o a sforzi fisici; 4) che l'esaurimento del sistema nervoso può costituire un fattore predisponente.

La patogenesi di queste forme neuralgiche è ancora discussa. Osler opina che la sciatica può essere talvolta l'espressione di uno stato neurotico: il dolore lombare è dovuto a stanchezza da insufficienza muscolare, ed il dolore lungo il nervo è riferito. In effetti molte volte l'esame, compreso quello radiografico, fa escludere la presenza di qualsiasi processo articolare.

Ma in molti casi si constata un'artrite intervertebrale, ad allora il dolore lungo sciatico può essere sia riflesso sia dovuto ad una vera neurite, ossia a una conseguenza dello spasmo muscolare o un effetto della compressione del nervo. In questi casi l'allentamento dello spasmo muscolare come il miglioramento del processo articolare allevia il dolore sciatico.

Talvolta la sciatica è determinata da disturbi statici in relazione a processi articolari delle ginocchia e sopra tutto dei piedi. In tali casi lo sciatico può essere eccitato direttamente in seguito agli alterati rapporti delle parti ossee lombo-sacrali conseguenti al disturbo statico, oppure la neuralgia può essere riflessa nel senso che i continui sforzi muscolari compensatorî provocano stimoli ripetuti che si traducono con un'irritazione delle fibre sensitive periferiche. DR.

### Le neuralgie cervico-brachiali.

(J. A. CHAVANY. *Bulletin Médical*, 26 maggio 1934).

Le neuralgie cervico-brachiali non sono così frequenti come quelle lombo-sacrali, ma non sono rare. Esse colpiscono individui per lo più anziani, oltre i 40 anni, e prevalentemente le donne.

Sono di solito precedute da piccole manifestazioni generali o locali a tipo reumatico: artralgie, mialgie, incordamento doloroso del rachide, specie cervicale (torcicollo), sensazione di peso sul collo e sulle spalle, dolore fisso nella parte centrale della scapola, irradiazioni algiche nel braccio in seguito a movimenti, sforzi, tosse. Ma non di rado il dolore si manifesta improvvisamente senza segni premunitori.

Il soggetto accusa sofferenze atroci: senso di bruciore, di spezzettamento, di lacerazione nei tessuti molli e lungo le ossa, sensazioni che ricordano il dolore causalgico. Il dolore non ha una localizzazione esatta potendo essere a di-

stribuzione radicolare, plessulare o tronculare. Per lo più parte dalla nuca o dalla regione scapolare e si irradia alla parte esterna della spalla, del braccio e dell'avambraccio, alle ultime tre dita e specialmente all'indice.

Il dolore è continuo, non lascia alcuna requie al paziente, spesso è più tormentoso di notte e impedisce il sonno. Ha crisi di accentuazione spontanea o provocata da movimenti ampi di parti dell'arto, dal caldo del letto, dalla tosse, dallo starnuto, e anche dai movimenti della parola e della masticazione.

L'aspetto del paziente rivela l'intensità delle sue sofferenze. Ha i lineamenti stirati dall'insonnia e dall'angoscia, rimane immobile su un divano o a letto con il braccio poggiato su un cuscino, con il gomito leggermente allontanato dal tronco. Spesso in preda ad una grande irrequietezza, passeggia per la camera, gridando, sostenendo con la mano para il gomito del braccio dolente.

L'esame mette in evidenza un sintoma caratteristico: l'iperestesia dolorosa al semplice sfioramento della cute dell'arto superiore sulla parte dolente. Questa iperestesia è spesso più intensa alla faccia esterna dell'avambraccio, dove lo sfioramento desta una sensazione di scottatura, talvolta è sostituita da un senso di formicolio o di pelle morta.

Le parestesie sono più tipiche alle dita, specie all'indice ed alla faccia interna del pollice, dove si ha la sensazione dell'interposizione di una membrana leggera (cartina da sigarette, dito di guanto) fra le superficie a contatto, che talvolta persiste anche dopo la cessazione della neuralgia.

I punti di elezione la cui pressione provoca o accentua il dolore non sono costanti, nè precisi: sono più artralgici e mialgici che neuralgici. Le manovre d'allungamento dei nervi del braccio e delle loro radici provocano anch'esse una recrudescenza del dolore. La posizione di scelta per tali manovre è l'abduzione orizzontale del braccio con retropulsione combinata alla supinazione forzata dell'avambraccio e della mano. Lo stesso allungamento doloroso può essere prodotto dall'inclinazione del rachide cervicale verso il lato sano combinata con una leggera flessione o rotazione. In questa manovra, però, può intervenire un altro fattore algogeno costituito dalle lesioni reumatiche della colonna vertebrale con infiammazione delle articolazioni intervertebrali e reazioni congestizie dei fori di coniugazione, nel qual caso si ha anche rigidità rachidea con inclinazione permanente antalgica verso la spalla dolente, e dolore alla pressione delle doccie paravertebrali.

Non esistono fatti paretici, ma il dolore con un meccanismo riflesso immobilizza l'arto.

Il riflesso tricipitale può essere indebolito e anche abolito, mentre può essere vivace quello del polso.

Mancano per altro alterazioni trofiche, amiotrofie, disturbi vasomotori, modificazioni dell'eccitabilità elettrica.

Le neuralgie cervico-brachiali possono assumere tipi diversi per quel che riguarda l'intensità e la durata del dolore.

Le forme prolungate e recidivanti possono protrarsi per settimane e mesi. Esse evolvono quasi sempre su un terreno neuropatico speciale: il dolore ha frequenti alternative di recrudescenza e di accalmia, si esacerba di notte, con il calore del letto, o durante il giorno quando il braccio è tenuto pendente. Ha tendenza a divenire più manifesta nelle parti distali (mani e dita) ed a cambiare carattere, divenire un senso d'incordamento e di formicolio penoso. Possono aggiungersi disturbi vasomotori (alternative di pallore e di arrossamento), disturbi della sudorazione, modificazioni dell'indice oscillometrico. Talvolta il processo neuritico o l'irritazione riflessa si diffondono alle guaine nervose perivascolari di cui è nota la ricchezza d'innervazione sia simpatica che cerebrale. Questo risentimento su i nervi vasali ha importanza sia dal punto di vista sintomatologico che terapeutico.

Possono, infine, aversi associazione di altri fenomeni neuralgici (diffusione del dolore al collo ed all'arto controlaterale, al petto con simulazione di angina pectoris) e amiotrofici e paralitici quando sono cointeressate le radici anteriori.

La patogenesi della neuralgia brachio-cervicale reumatica non è unica potendo dipendere da eccitazione di varie sezioni delle vie sensitive. Sembra tuttavia che nella maggioranza dei casi la lesione sia più alta dei funicoli, e risieda proprio nel nevrasse. Non è dubbia per altro la compartecipazione del simpatico nella parte midollare o extramidollare, ganglionare o perivasale.

La cura nella fase acuta deve limitarsi all'uso dei comuni antinevralgici non esclusa la morfina. Nello stesso periodo danno effetti calmanti i bagni termo-luminosi e di luce azzurra, le irradiazioni di raggi infrarossi, la corrente galvanica con ionizzazione di cloruro di calcio o di solfato d'aconitina. La diatermia è sempre da sconsigliarsi. Quando il dolore diventa più sopportabile si potrà tentare la radioterapia semipenetrante del rigonfiamento toracico del midollo e delle radici. Nelle forme cronicizzanti si praticherà la cura termominerale.

DR.

## La sintomatologia della vertigine.

(J. GORDON DANSON. *Proceedings Royal Soc. Medicine*, maggio 1934).

Il nome stesso di vertigine implica il concetto di rotazione e, di fatto, tale sintoma è stato definito come un disturbo sensorio con allucinazione di rotazione del paziente stesso o

di quello che lo circonda o di entrambi. Ma, siccome la rotazione non è sempre presente, come, p. es., nella vertigine aurale, l'A. preferisce la definizione di Russel Brain secondo cui la vertigine è la sensazione di un disordinato orientamento del corpo nello spazio. Il fattore comune in queste allucinazioni è la sensazione anormale del disorientamento spaziale, non già il piano in cui si verifica.

Nell'esame generale dell'individuo che accusa la vertigine, il medico deve incominciare a considerare l'età. Nei giovani, si penserà più spesso ad epilessia, emicrania, sclerosi disseminata isterismo, negli individui anziani a malattie cardio-vascolari e all'arteriosclerosi. Vi possono essere dei segni che indicano una neurastenia, sebbene spesso questa denominazione è un surrogato della diagnosi; si sarà circospetti anche per l'isterismo, in quanto che la vertigine può essere una causa determinante di quest'ultimo. Si escludano quindi, dapprima tutte le altre cause, prima di considerare quelle che possono indicare l'isterismo, come p. es., la sordità, la perdita dell'odorato, delle vaste anestesie, ecc. Si andrà particolarmente cauti col sistema nervoso, tenendo presente la possibilità di lesioni endocraniche, tumori, ascessi cerebrali, ricercando allora i segni focali o di elevata pressione endocranica.

Le condizioni congenite, come l'atassia di Friedreich, la vertigine familiare e le degenerazioni cerebrali, come la siringobulbia, non vanno dimenticate e così pure le infiammazioni, come l'encefalite epidemica ed i vari tipi di meningite. Anche gli stati fisiologici dello squilibrio vasomotore ed endocrino devono essere considerati: così la menopausa, le cause riflesse dalla pelvi, dagli intestini, dalla vescica, i riflessi psichici e gli stati ansiosi. Le malattie del sangue, specialmente la leucemia, sono cause possibili di emorragia ed atrofia delle terminazioni nervose labirintiche. I disturbi del sistema endocrino e vegetativo, con i vari gradi di squilibrio fra il simpatico ed il parasimpatico, p. es., il morbo di Addison, il diabete, i disturbi tiroidei vanno ricordati e considerati, come pure l'enorme gruppo delle cause tossiche, siano esse di origine minerale, vegetale, gassosa, batterica o metabolica.

### Aspetti clinici dei disturbi che danno la vertigine.

L'epilessia talvolta ha un'aura di vertigine. Se questa precede l'accesso, l'incoscienza può essere invocata per la diagnosi. L'interesse dell'aura risiede in questo che l'epilessia è quasi certamente una « tempesta » nella corteccia cerebrale mentre, d'altra parte, è noto che lo stimolo del solco interparietale provoca talora un'intensa vertigine. Può questo spiegare la causa? Si consideri inoltre che l'epilessia latente può essere rivelata da un'otite media acuta, per cui si stabilisce un riflesso che è il punto di partenza dell'accesso. La somministrazione di piccole dosi di chinina può essere utile per la diagnosi fra vertigine auditiva ed aura epilettica. Qualche volta, l'emicrania ha un'aura di vertigine, ma in tal caso, si ha andamento nettamente lento dell'aura.

La vertigine può talvolta alternarsi con gli accessi di emicrania. Questa è quasi certamente dovuta allo spasmo dei vasi cerebrali; si può vedere durante l'emicrania lo spasmo dei vasi retinici ed è da considerarsi che quello delle arteriole auricolari interne è una causa evidente di vertigine.

*Cause cardio-vascolari.* — L'A. fa qui distinzione fra i due vocaboli che anche i dizionari inglesi riportano per lo più come equivalenti « dizziness », quando non vi è vacillamento obbiettivo e « giddiness » quando il paziente tende a cadere, riservando il termine di vertigine per le manifestazioni parossistiche. In italiano, si potrebbe adottare capogiro per il primo e traballamento per il secondo. L'improvvisa iperemia cerebrale provoca il capogiro specialmente nel curvarsi (allacciarsi le scarpe); l'effetto aumenta se vi è iperpiesi od arteriosclerosi, come p. es., nella malattia renale. Lo stesso si osserva nell'iperemia cerebrale della menopausa. L'improvvisa anemia provoca il traballamento, come pure la sincope. Qualche volta, nei vecchi, vi è un traballamento premonitorio, prima della trombosi o dell'emorragia. Il traballamento accompagnato da cefalea nei vecchi è sempre un segno di pericolo. Se la staffa è fissata la valvola di sicurezza locale per la pressione è perduta nell'orecchio corrispondente, sicchè le pulsazioni vascolari si fanno sentire direttamente sulle cellule sensitive labirintiche e le condizioni tendono a peggiorare.

Nelle malattie organiche di cuore, quando questo incomincia ad essere insufficiente, alcuni avvertono dei traballamenti al mattino quando si alzano, il che indica l'insufficienza vaso-motoria; altri invece lo sentono di notte quando salgono le scale, ed in tal caso è il miocardio che è insufficiente. Se la pressione sanguigna è bassa, come nella convalescenza, vi è traballamento, il che si verifica nelle malattie del sangue.

In certe aritmie, come nella sindrome da sforzo, si manifesta il capogiro od il traballamento; questo può essere molto grave nei più alti gradi di blocco cardiaco, come nella vecchia sindrome di Stokes-Adams. Lo vediamo però anche nella tachicardia, nella fibrillazione e nella palpitazione dell'ipertiroidismo.

Un forte purgante può dare vertigine, specialmente negli individui con certi disturbi circolatori. I neurastenici vi diranno che essi sentono sfuggire le gambe, che avvertono dei terribili battiti di cuore ed una massa che sale dal petto alla gola per impedire loro il respiro. Può trattarsi di individui in menopausa o con

disturbi digerenti; più spesso è l'ansia od il timore di morte improvvisa in individui che ritengono di avere una malattia cardiaca. Ad ogni modo, essi non perdono mai la coscienza nei loro attacchi.

La *sclerosi disseminata* è una malattia dei giovani. Alcuni si lamentano come di un dondolio che dà il capogiro, quasi sempre di origine pontina, ma talvolta hanno vertigine grave e parossistica nei primi stadî (forma vestibolare iniziale dei francesi). Alcuni vanno dall'otoiatra ai primi accenni della vertigine o vengono considerati come isterici. La diagnosi è aiutata dai segni associati: tremore intenzionale, assenza del riflesso addominale, neurite retrobulbare od atrofia ottica, ecc.

Alcune delle così dette cause digestive, sono in realtà l'effetto della vertigine, p. es., vomito gastrico acuto e persistente; talvolta si è praticata la gastro-enterostomia od anche l'appendicectomia.

I parassiti intestinali possono essere una causa riflessa, ma vi può essere anche in tal caso un elemento tossico; la presenza di eosinofilia può aiutare la diagnosi.

Rimane inoltre il gruppo delle condizioni tossiche: alcool, tabacco, chinina, salicilati; sono anche da menzionarsi l'atropina e la joscina e, fra i minerali, l'intossicazione arsenicale cronica.

Nel gruppo batterico, le tossine sono legioni: i focolai d'infezione, il B. coli, la sifilide, acquisita e congenita, che ha un'azione selettiva. Anche l'herpes zoster, di origine cranica, può essere associato con la vertigine, che si può trovare in tutte le malattie tossiche; fra queste, specialmente gli orecchioni.

I disturbi del metabolismo provocano i traballamenti della gotta, dell'ipoglicemia consecutiva ad un eccesso di insulina, del morbo di Addison, in cui possono agire anche l'anemia e l'ipotensione.

### La vertigine auricolare.

L'otologo può trovare delle cause ovvie nell'orecchio esterno o medio (tappo di cerume, blocco delle trombe di Eustachio, catarro nasofaringeo, malattie dell'orecchio medio, colesteatomi, mastoidite); oppure può essere compromesso l'apparato uditivo.

La vertigine auricolare ha le seguenti caratteristiche, nessuna delle quali è patognomonica, ma che nell'insieme possono guidare alla diagnosi:

1) Sensazione di rotazione del paziente o di ciò che lo circonda. 2) Diminuita eccitabilità dei canali semicircolari, dimostrata con la prova calorica. 3) Spesso associata con sordità e ronzio, cioè con disturbi cocleari. 4) Associata con nistagmo e talora accompagnata da diplopia. 5) Se è grave, prolungata, a parossismi, vi è pallore, sudore, disturbi nella frequenza del polso e nella pressione, nausea e vomito. 6) Rarissimamente perdita di coscienza. 7) Nelle lesioni labirintiche, l'occipite è inclinato verso la spalla del lato affetto.

Non bisogna credere, però, che la diagnosi sia facile; i segni sono spesso atipici. Talvolta la perdita di sensibilità è scarsa, altre volte, vi è perdita di coscienza, possono mancare i sintomi uditivi. Si tenga poi presente che la vertigine auricolare è assai spesso prodotta, non già da malattie del labirinto, ma da stimoli che vi arrivano dalle vicinanze, dovuti ad infiammazioni a cambiamenti di pressione, ad iperemia od ischemia, oppure può trattarsi di un fenomeno riflesso.

### La sindrome di Ménière.

Se non vi è nessuna lesione dimostrabile eppure la vertigine è grave e di tipo nettamente auricolare, è da sospettarsi il vestibolo (labirinto, coclea od entrambi); lesioni chiuse nell'osso od al di là di esso. La risposta non è sempre facile ed il medico si trova dinnanzi a quel complesso oscuro che è la sindrome di Ménière.

Nella sua forma più acuta, la sindrome di Ménière consiste in accessi di vertigine del tipo auricolare, traballamento, sordità e ronzio, con fenomeni bulbari e simpatici (nausea, vomito), cardiaci, cambiamenti di pressione e sudore freddo, appiccicaticcio. L'accesso colpisce il paziente all'improvviso, questi non perde la coscienza e cade dal lato dell'orecchio malato. Si possono distinguere tre modalità dell'accesso: 1) Apoplettiforme, con sordità totale all'inizio e perdita della funzione vestibolare dal lato della lesione; ne sono cause l'emorragia, la labirintite purulenta e gli orecchioni. 2) Accesso improvviso, ma non completa perdita della risposta vestibolare; cause tossiche, neurite, herpes, glaucoma. 3) Inizio graduale; cause: arteriosclerosi cerebrale, tumori dell'VIII, sifilide acquisita, occasionalmente, otosclerosi. Qualcuno di questi ultimi casi, può avere soltanto una forma di vacillamento parziale, con tendenza al ripetersi; vi può essere un po' di sordità e di ronzio fra gli accessi.

In generale, la vertigine delle lesioni cerebrali è meno grave che quella labirintica; può essere eccezionalmente gravissima, od invece leggera, negli ascessi cerebrali, a seconda del punto colpito. La vertigine è un sintoma dei tumori, ma è più comune in quelli della fossa posteriore; vi possono essere accessi di vertigine in quello dell'angolo cerebello-pontino, ma non sono così improvvisi come quelli labirintici. Nelle lesioni cerebrali vascolari, una trombosi può provocare la vertigine ad accessi, mentre essa ha inizio graduale nell'arteriosclerosi. Una lesione focale del nucleo di Dei-

ters può dare vertigine ad accessi, con dolore alla faccia, per la vicinanza col nucleo del V e delle sue radici.

### DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLA VERTIGINE CEREBRALE E PERIFERICA.

In generale, le lesioni centrali presentano segni focali e, più tardi, aumento di pressione endocranica. Si trovano segni oculari, insensibilità della cornea, anestesia o paresi crociata, emiatassia, talora neurite ottica, insieme con sordità, ronzio, vertigine di vario grado e nistagmo.

Quest'ultimo richiede alcuni cenni di differenziazione. Un nistagmo ritmico, spontaneo, con vertigine grave è probabilmente di origine periferica. Esso è misto, rotatorio, verticale od obliquo e diretto dal lato della lesione irritativa, ma viceversa se la lesione è distruttiva. Così, in caso di otite media acuta, con irritazione del labirinto, il nistagmo è rivolto a destra; ma se il labirinto stesso s'infetta e si stabilisce una leptomeningite, il nistagmo si ha in direzione opposta. Sono evidenti i disturbi del simpatico e la sordità è del tipo percettivo; il nistagmo poi cessa per gli sforzi compensatori del lato sano.

D'altra parte, il nistagmo della lesione centrale è più spesso in un solo piano, specialmente verticale ed obliquo. Spesso lo si vede nell'encefalite epidemica. La vertigine è meno parossistica; può esservi, o non, sordità e vi sono pochi segni di interessamento simpatico. Il paziente cade nella direzione della componente del nistagmo stesso; in questo caso, i fenomeni non diminuiscono, perchè manca il compenso, nelle lesioni centrali.

### LA VERTIGINE OCULARE.

La distinzione dalla forma auricolare si fa con i criteri seguenti: 1) presenza di un lieve grado di astigmatismo; 2) di strabismo del tipo paralitico, con falsa proiezione dei campi oculari e diplopia; 3) anomalie dell'equilibrio muscolare-eteroforia. La chiusura dell'occhio affetto, nello strabismo paralitico arresta la vertigine; la prova più semplice è quella di aprire e chiudere gli occhi. Se vi è vertigine, quando gli occhi sono aperti e manca quando sono chiusi, si può concludere per l'origine oculare. L'intervento dell'oculista scoprirà la diplopia.

### IL TRATTAMENTO DELLA VERTIGINE.

La massima del trattare la causa è più facile enunciarla che seguirla. Per la vertigine auricolare periferica, il luminal è il rimedio di scelta: cg. 1 e ½ a 3; dosi più forti sottocutanee durante l'accesso. In qualche caso, sono state fatte iniezioni di alcool ed anche la sezione del nervo uditivo. Nei casi in cui è compromessa la tromba di Eustachio, si faccia il cateterismo.

Si possono usare piccole dosi di joduri, in qualche caso, la chinina. Nei casi da concussione, l'A. dice che il sublimato corrosivo, alla dose di circa tre decimilligrammi, dà un certo sollievo per il ronzio e la vertigine. Il nitrito d'amile può essere utile nell'arteriosclerosi e specialmente gli joduri. Nei casi neurotici, giovano i bromuri. Vi è poi tutto il gruppo dei vasodilatatori e dei vasocostrittori; l'adrenalina, i nitriti, la mannite; il gruppo della belladonna può essere utile nel mal di mare e simili.

Provvedere agli interventi sul naso, orecchio, tonsille, denti (specialmente quelli del giudizio), all'eventuale chirurgia endocranica; in qualche caso, può essere utile la simpaticectomia pericarotidea, in altri la puntura lombare, ecc.

Uno studio approfondito del caso, con la collaborazione del neurologo, dell'otoiatra, dell'oculista, potrà portare, nei casi difficili, a buoni successi. *fil.*

# RENI E VIE URINARIE.

## Oliguria e albuminuria nella malattia di Bright.

(J. SHAW DUNN. *The Lancet*, 26 maggio 1934).

Questo articolo sulla più probabile interpretazione dell'edema e dell'albuminuria nel corso delle malattie renali costituisce veramente il capovolgimento di vedute, ormai ritenute classiche, ed una valorizzazione nuova dell'elemento renale in confronto dell'extrarenale.

L'A. ricorda infatti dapprima come Munk, Volhard e Fahr abbiano ben stabilito l'esistenza di una nefropatia a carattere degenerativo (nefrosi), da distinguersi dalla nefrite: poi è sorto il concetto che la nefrosi non fosse una malattia del rene, ma soltanto l'espressione renale di un turbamento complesso del metabolismo.

Tuttavia, in un terzo tempo, ha cominciato a farsi strada la convinzione che la distinzione tra nefrosi e nefrite non fosse sempre nè possibile nè facile, e la frase dello « screzio nefrotico » proposta da Fahr esprime appunto questa difficoltà.

Tutto un gruppo di autori — e sopratutto Inglesi — si è andato schierando a fianco di queste critiche, fino a Gainsborough che parla della nefrosi come di un « nome nuovo » che mal corrisponde ad una precisa sagoma nosografica.

Le ricerche di istologia renale non hanno, a lor volta, portato molta luce sull'argomento, sol ribadendo il concetto che, anche nelle nefrosi cosiddette pure, si trova sempre una lesione, magari minima, dei glomeruli: senza però che esistano elementi sufficienti per

fare di questa lesione la base per una concezione patogenetica unitaria dell'edema e dell'albuminuria nelle lesioni renali in genere.

Questa base, in primo tempo, fu ricercata dall'Autore, nei tubuli, e precisamente nelle modificazioni eventuali della loro capacità di riassorbimento, a funzione glomerulare normale; ma i risultati non furono probativi.

Ora infine, con nuovi argomenti, l'Autore torna a richiamare l'attenzione sull'attività dei glomeruli.

Egli considera l'unità renale, idealmente concepita, coi suoi glomeruli e i tessuti, il Nefron insomma, come funzionante sotto l'influenza di due forze regolatrici ad azione opposta; una è rappresentata dal potere oncotico del sangue che, ispessitosi a livello dei glomeruli per le perdite sofferte nel fenomeno della filtrazione qui presentata, passa nei tubuli e ivi esercita un'azione opposta sul liquido tubulare, attirandolo a sè nuovamente (in perfetta coincidenza collo schema classico dello Starling); e l'altra dall'urea e dagli altri cristalloidi, presenti nel filtrato glomerulare e quindi nei tubuli, che tendono a fissare a sè i liquidi, ostacolandone il riassorbimento.

Questa è probabilmente la spiegazione dell'azione diuretica esercitata dall'urea, ed è a questa azione che verosimilmente si deve se tutto il liquido non viene riassorbito e se si effettua una diuresi.

Le due forze descritte non sono certamente le uniche che regolino lo scambio dell'acqua attraverso i reni, ma sono probabilmente tra le più importanti.

A spiegare in qual modo si possa avere, come nelle nefrosi, una diminuita eliminazione di acqua e di oloro, mentre quella ureica si mantiene normale, l'A. invoca il particolare comportamento dei glomeruli renali; analogamente a quanto è stato osservato nel rene della rana (Richards e Schmidt), e a quanto Krogh ha dimostrato per i capillari dell'essere vivente — uomo compreso — egli ammette che i glomeruli del rene sano non siano tutti contemporaneamente funzionanti, ma si alternino nella loro funzione cosicchè, in condizioni normali, uno è chiuso e un altro aperto, poi viceversa ecc.

Restando sempre uguale all'apporto sanguigno, ne deriva che il sangue circola soltanto per quei glomeruli che siano in quel dato momento aperti, e i processi di filtrazione e di riassorbimento si svolgono nell'ambito soltanto di un certo numero di nefroni non di tutti.

Se ammettiamo invece che tutti i glomeruli siano — nello stesso tempo — aperti, e che la massa circolante non varii, essa verrà a distribuirsi su un maggiore numero di nefroni, cioè su una più vasta superficie di filtraggio e di assorzione; l'ispessimento del sangue sarà più intenso, ma la quantità di urea, filtrata su una estensione più vasta, sarà minore, e meno intensamente si farà sentire la sua attività contraria ai processi di riassorbimento; questi verranno a prevalere e ne deriverà l'oliguria.

Nella nefrosi quindi, l'edema sarebbe, in ultima analisi, di origine glomerulare; ed infatti le più moderne ricerche istologiche sembrano confortare questa ipotesi, dimostrando che i vasi dei glomeruli si presentano tutti contemporaneamente beanti, e non in parte collassati e in parte distesi come si vede nei reni normali.

Dato che la pressione arteriosa non è modificata, non c'è motivo per ritenere che l'irrorazione arteriosa in sè e per sè sia modificata; si tratta soltanto di una scomparsa della contrattilità ritmica dei capillari glomerulari, un conseguente aumento dei processi di riassorbimento tubulare.

In quanto all'albuminuria, la sua alta percentuale nelle urine del nefrotico è dovuta verosimilmente al forte riassorbimento dei liquidi, la sua quantità totale alle perdite piccole ma continue che si verificano continuamente a livello di tutti i glomeruli e la sua presenza stessa all'aumento della permeabilità capillare che — come Krogh ha già dimostrato — accompagna sempre la dilatazione vasale.

A questo punto l'Autore crede di dover giustificare la scarsa e decisamente secondaria importanza che, secondo lui, va attribuita ai tubuli; le classiche alterazioni istologiche dei loro epitelii (dalle deposizioni di grasso alle gocciole ialine), non sarebbero più la base indispensabile per la diagnosi anatomopatologica di nefrosi, ma esprimerebbero soltanto il fenomeno del riassrbimento di queste sostanze (grasse, proteiche, ecc.) dal lume dei tubuli stessi: le gocciole ialine sarebbero soltanto delle proteine riassorbite, e i depositi lipoidi dipenderebbero dalla lipoidemia presente in queste condizioni.

Certo la più importante funzione dei tubuli, quella di concentrare l'urea, non è turbata, cosicchè le sostanze abnormi presenti nelle loro pareti devono considerarsi soltanto come riassorbite dal lume dei tubuli.

È probabile, infine, conclude l'Autore, che codesta stessa interpretazione possa aver valore per altre forme di lesione renale, spiegando l'associazione di lesioni nefritiche e nefrotiche, le alterazioni glomerulari del rene amiloide, e così via.

V. SERRA.

## La cistoscopia nella tubercolosi renale.

(A. PUIGRERT GORRO. *Revista Médica de Barcelona,* febbraio 1934).

Poichè praticamente la tbc. vescicale primitiva non esiste, ci si deve riferire alla tubercolosi renale tutte le volte che si riscontrano i segni della cistite tubercolare.

Per studiare la morfologia delle lesioni vescicali prodotte dalla tubercolosi renale è indi-

spensabile la cistoscopia: essa è capace di fornire dei dati di una certezza quasi assoluta nei riguardi della diagnosi della malattia renale. Per raggiungere lo scopo è necessario l'essere nel dovuto conto: la capacità vescicale, l'interpretazione delle lesioni rivelate dalla cistoscopia nella vescica e le lesioni che presentano i meati ureterali.

Quasi sempre nei malati di tbc. renale la capacità vescicale è notevolmente diminuita e questo sintoma è accompagnato da dolore acuto se si distende la vescica con introduzione di liquido. Questo fatto ostacola ed impedisce perfino le manovre cistoscopiche. In questi casi è necessario migliorare le condizioni della vescica mediante istillazioni di olio gomenolato e somministrazione di bleu di metilene in pillole.

Ottenuta una capacità vescicale buona si procederà alla anestesia delle vescica e dell'uretra mediante introduzione di 15-20 cc. di soluzione di cocaina al 2,5 %. Dopo di che si praticherà un buon lavaggio vescicale allo scopo di avere il liquido vescicale trasparente e si procederà quindi alla esplorazione cistoscopica delle pareti della vescica.

Dal punto di vista morfologico l'A. distingue le lesioni tubercolari vescicali in: iniziali (zona congestiva, tubercolo miliare), di stato (ulcerazione, ulcera piana, ulcera necrosante, edema vescicolare a chicco d'uva), di regressione (ulcera con epitelizzazione dei bordi, epitelizzazione delle ulceri), dei meati ureterali.

Le zone congestive sono piccole, di color rosso sangue e sono date da aumento notevole della vascolarizzazione vescicale, accompagnata da dilatazione capillare infiammatoria. Quasi sempre in vicinanza o al centro di esse si nota il tubercolo miliare. Si tratta di piccoli tubercoli come grani di miglio che si presentano alla visione cistoscopica sporgenti sotto la mucosa vescicale, e di color giallognolo caratteristico.

Le lesioni di stato son quelle che si incontrano con la maggiore frequenza all'esame dei malati di tubercolosi renale. Vi sono piccole ulcerazioni crateriformi, a bordi regolari e rotondeggianti, formatesi a spese delle necrosi della mucosa che ricopriva il tubercolo. Più importante è la ulcera piana, più estesa con fondo giallognolo e con tendenza a sanguinare; i suoi bordi sono regolari ma edematosi.

Le ulcere necrosanti son quelle che appaiono con maggiore frequenza all'esame cistoscopico: hanno bordi irregolari edematosi e fondo grigiastro o rossiccio ricoperto da false membrane difteroidi. Meno frequentemente delle ulcere, si riscontra l'edema vescicolare caratterizzato da grosse bolle rosee, trasparenti che ricordano i chicchi d'uva.

Le lesioni vescicali conservano per un tempo variabile una topografia che ha relazione col lato malato, così che in molti casi si riscontra affetta da lesioni una metà della cavità vescicale, mentre sono intatte le pareti della metà opposta.

Le lesioni da regressione si osservano nella vescica di malati di tubercolosi renale che sono stati operati e la cui vescica si sta curando. In questi pazienti le ulcere hanno margini non più scollati, ma aderenti al fondo che si va ricoprendo di epitelio. Altra lesione di regressione è l'edema vescicolare che persiste a lungo.

Lo studio endoscopico dei meati ureterali permette nella maggioranza dei casi di localizzare la affezione renale. Infatti il meato del lato malato presenta sempre sulle sue labbra delle lesioni specifiche e in molti casi viene a trovarsi al centro di una lesione vescicale tubercolare.

Le labbra del meato sono ispessite e rigide e in alcuni casi dentellate per perdita di sostanza.

Nelle forme chiuse di tubercolosi renale il meato non si vede nella vescica: esso trovasi nel fondo di una cavità che si è prodotta in vescica per lo stiramento esterno della sua parete prodotto dall'accorciamento dell'uretere per sclerosi di questo. La vescica in questi casi non presenta lesioni specifiche e il cateterismo dell'uretere è impossibile per la stenosi di questo.

La cistoscopia infine permette di studiare, previa iniezione di sostanza colorante, lo stato funzionale dei reni.

Le lesioni dell'A. descritte sono quelle caratteristiche dalla tubercolosi renale prodotte nella vescica: di rado appaiono isolate a meno che non si esamini il paziente all'inizio della malattia.

Il lavoro è illustrato da acquerelli molto ben riusciti riproducenti dal vero le immagini delle lesioni vescicali descritte.

VICENTINI.

# MISCELLANEA.

## Sul problema dell'azione del chinino.

(W. WARASI. *Arch. f. Schiffs- und Tropen-hyg.* Bd. 38, n. 6, 1934).

L'A. ricorda come lo studio dell'azione del chinino sui protozoi viventi abbia dimostrato che esso li uccide per paralisi del respiro (Binz, Moldovan, Hischikawa, Lipschitz, Warner e Wermuth, Rona e Grosheim). Anche i fermenti sono paralizzati dal chinino, che diminuisce l'attività ossidativa delle patate, l'attività delle invertasi e delle sierolipasi.

Tutte queste osservazioni contrastano colla idea del Plehn che il chinino aumenti le forze di difesa dell'organismo; l'opinione di Morgenroth che il chinino renda le emazie inattacabili per i parassiti non è stata confermata. È probabile che il chinino agisca sui parassiti malarici per via indiretta (Ziemann, Warasi) men-

tre Löwenstein ammette il contrario; in realtà la quantità circolante di chinino a dosi terapeutiche è così scarsa (Giemsa e Malberkann) che non si può ragionevolmente attendere da essa una azione parassiticida diretta.

Le ricerche sperimentali del Warasi su varî protozoi hanno dimostrato che essi sono tanto più sensibili al chinino quanto più hanno bisogno di ossigeno; il parassita della malaria si distingue da altri (per es., i tripanosomi), appunto perchè ha sede endoglobulare, il che lo rende più sensibile alla deficienza di ossigeno, il che spiega come il chinino possa agire su di esso in dosi che sarebbero inefficaci per altri parassiti.

Tuttavia le dosi di chinino somministrate basterebbero a distruggere i parassiti se non intervenissero le forze di difesa dell'organismo tese a combattere il veleno introdotto; in questo meccanismo di difesa una parte importante è svolta dagli eritrociti che fissano il chinino per isolarlo dal plasma e impedire che giunga a cellule di importanza vitale; in secondo tempo interviene il sistema reticolo-endoteliale; evidentemente le diverse capacità di difesa di questo sistema spiegano la diversa tolleranza presentata dai singoli organismi all'azione del chinino (Thatkewitch). Nocht ha per il primo parlato della permeabilità delle emazie al chinino; Schnabel l'ha dimostrata biologicamente, e Bona e Bloch, Akashi e Warasi l'hanno osservata chimicamente. Tuttavia non si deve credere che il chinino agisca sul parassita entro il globulo rosso chè anzi questo isola il farmaco del parassita che, penetrando nel globulo, si riveste di una membranella che funziona da isolante; avviene dunque proprio il contrario e cioè che le emazie annullano l'azione antiparassitaria del chinino.

Una volta che le emazie hanno assorbito il chinino, e lo tengono fissato; il chinino in sostanza agisce sui merozoiti sino a che questi non sono entrati negli eritrociti.

Hamburger e Arenius hanno studiato il coefficiente di assorbibilità delle emazie per varie sostanze; per il chinino tale coefficiente sarebbe di 14,7.

Giustamente Legendre sostiene che la somministrazione di chinino a scopo profilattico (generalmente a piccole dosi) non diminuisce il numero delle infezioni malariche; le osservazioni clinico-sperimentali del Kirschbaum lo hanno confermato; le piccole dosi di chinino vengono tutte fissate nel sistema retico-istiocitario e nelle emazie sicchè divengono inutilizzabili per la loro azione parassiticida. In linea generale dopo l'assorbimento del chinino solo una piccola parte di questo resta libero nel plasma e solo per poco tempo; in tal periodo deve coincidere la sporulazione.

Interessanti ricerche sperimentali hanno dimostrato che l'arsenico aumenta l'eliminazione del chinino probabilmente perchè diminuisce la capacità di fissazione del chinino stesso da parte degli organi a ciò destinati.

Sembra infine stabilito che, col prolungare a lungo la somministrazione del chinino la sua eliminazione viene a diminuire, ciò si spiega ammettendo che gli organi deputati a fissarlo aumentino gradatamente questa loro capacità.

V. Serra.

## Un nuovo caso di asma mortale con autopsia.

(J. L. Riopelle. *Le Journ. de l'Hôtel Dieu de Montréal*, gennaio 1934).

L'A. descrive il caso e raccoglie sommariamente la letteratura in proposito, senza citare quella italiana, che, seppure scarsa, non è negativa.

Il caso riguardava una donna di 62 anni, asmatica da 3 anni, con pressione massima 165 e minima 100, con albuminuria, azotemia 0,.65 ‰ e Wassermann negativa. Dopo stato asmatico durato 4 giorni la paziente muore.

Autopsia: chiazza lattea sul pericardio. Cuore di volume normale, globoso, arrestato in sistole, spessore normale dell'orecchietta e ventricolo di sinistra, non dilatazione del cuore sinistro, ispessimenti ateromatosi dei margini liberi delle valvole mitrali e aortiche. Dilatazione netta dell'orecchietta e ventricolo destro, anello tricuspidale di cm. 13,9. Peso del cuore 200 gr. Non dilatazioni aortiche. Sull'aorta placche ateromatose. Coronarie permeabili.

Polmoni turgidi, non versamento pleurico. Gli apici polmonari sono trattenuti da briglie fibrose, Enfisema polmonare Tubercolo fibrocretaceo dell'apice destro. La maggior parte dei lumi bronchiali è ostruita da stampi ialini sporgenti a testa di chiodo fuori dal bronco. Peso dei polmoni: D. 280 gr., sin. 250.

Intestini: spasmo del colon discendente. Milza dura, di 85 gr. di peso. Pancreas normale. Cistifellea ripiena di bile spessa, nerastra; non calcoli. Fegato: peso 900 gr., superficie liscia, rossastra, al taglio modica congestione, con disegno del parenchima marcato. Reni: destro 95 gr., sin. 100 gr., alcune cisti corticali piene di liquido citrino. Corticale assottigliata, decapsulazione difficile. Genitali normali.

*Esame istologico*. Gli alveoli polmonari sono notevolmente dilatati, le pareti interalveari sono assottigliate, ma non atrofiche nè perforate. Non edema alveolare. Qua e là ammassi di sostanza filamentosa colorabile in rosso vivo col mucicarminio di Mayer. Il muco è stato certamente trasportato per inalazione negli acini polmonari, perchè non esiste a questo livello un elemento glandolare capace di elaborarlo. Queste masse mucose hanno pochi elementi cellulari: eosinofili e cellule alveolari desquamate. Non c'è dilatazione della rete sanguigna sottostante. Però in alcuni punti

della base sinistra si osservano numerosi polinecleari neutrofili con congestione della parete alveolare e anche i piccoli bronchi corrispondenti sono sede dello stesso processo infiammatorio. Si tratta quindi di broncoalveolite, localizzata ad un solo settore dell'apparato respiratorio.

I bronchi, in alcuni tratti, presentano un lume stellato o festonato, di calibro normale. Non si osservano spasmi. Invece si vedono i bronchi ripieni di muco, tanto che alcuni ne sono completamente ostruiti. Alcuni tratti, sebbene privi di muco, sono distesi, il che fa pensare ad una distensione da aria sotto pressione fra due tappi mucosi.

Alcuni tappi mucosi hanno al centro una spirale di Curshmann. L'infiltrazione leucocitaria si fa più spiccata man mano che si sale verso le vie respiratorie alte; è costituita prevalentemente da eosinofili mescolati a macrofagi carichi di granelli antracotici. Non si vedono cristalli di Charcot-Leyden.

L'epitelio bronchiale riposa su una base ialina, è infiltrato di polinucleati, ha molte cellule mucipare, e alcune cellule ciliate.

La parete bronchiale è più iperemica man mano che aumenta il lume bronchiale. Non c'è però un'atrofia nè ipertrofia elastica nè muscolare. Non c'è ipertrofia delle ghiandole sieromucose intraparietali.

Inoltre: atrofia bruna del cuore, sclerosi renale glomerulare discreta, disseminata, fegato con sovraccarico di grasso.

La causa della morte è probabilmente l'asfissia da invasione dei lumi bronchiali da parte del muco. Eosinofilia e muco rappresentano i soli elementi caratteristici dello stato anatomico di un morto di asma bronchiale.

R. LUSENA.

## Terapia chirurgica dell'angina pectoris.

(W. BRAENCKER. *Archiv für Klinische Chir.*, ott. 1933).

L'A. riferisce cinque casi di angina pectoris operati con esito buono.

Nel primo caso trattavasi di un uomo con sclerosi delle coronarie ed aneurisma cardiaco, il quale andava soggetto a gravi attacchi di angina. Praticata la sezione dei rami comunicanti di sinistra a cominciare dal V cervicale fino al I toracico la sintomatologia dolorosa è cessata; sono già trascorsi 3 anni dall'intervento senza che la sindrome si sia più ripetuta.

Nel secondo caso, che trattavasi di una grave forma di angina dovuta ad aortite di natura luetica venne praticata una ramisectomia a sinistra dal V cervicale al I toracico e l'estirpazione del ganglio cervicale inferiore e dei due gangli toracici superiori. Dopo l'intervento è scomparsa la sintomatologia dolorosa; rivisto dopo 2 anni stava ancora bene.

Il terzo caso che presentava una sintomatologia anginosa dovuta ad aortite luetica con insufficienza aortica, venne operato di estirpazione del cervicale inferiore e dei due gangli toracici superiori.

Dopo un anno e mezzo la sintomatologia dolorosa era muta.

E così pure il quarto caso operato di resezione bilaterale dei gangli cervicali, e il quinto caso di resezione dei gangli cervicali solo a sinistra; dopo 3 anni il primo e dopo 2 anni e otto mesi il secondo non presentavano più sintomi dolorosi.

L'A. spiega la sintomatologia come dovuta a sostanze irritative provenienti dalla lesione cardiaca o aortica agenti sui gangli che sono i centri regionali dei plessi cardiaci.

All'azione stimolante i gangli risponderebbero con un riflesso vasocostrittore a cui farebbe seguito uno stato ischemico della muscolatura del cuore, che sarebbe verosimilmente la causa degli attacchi di angina.

Quando non esistono lesioni cardiache o aortiche si possono invocare quale causa degli attacchi di angina, l'anormale irritazione degli elementi nervosi extracardiaci.

È innegabile che i gangli cervicali inferiori e i toracici superiori abbiano grande importanza nella sindrome dolorosa dato che quasi tutti gli impulsi cardiaci e aortici debbono passare per questa via.

Con la ramisectomia noi impediamo che il ganglio venga irritato.

Ad avvalorare questa idea viene l'osservazione fatta da Leriche, cioè: che la stimolazione del *ganglium stellatum* provoca un attacco tipico di angina pectoris e che facendo in esso una iniezione di cloridr. di procaina viene a cessare l'attacco.

Qualche volta con la semplice resezione dei rami comunicanti non si ottiene la cessazione della sindrome; questo si deve al fatto che anche dopo la sezione dei rami comunicanti i gangli possono mantenere la capacità automatica di generare impulsi riflessi.

L'A. conclude che nei casi di angina pectoris molto gravi, conviene sempre ricorrere all'intervento chirurgico.

D. SCANDURRA.

## Contributo allo studio della splenectomia nelle cirrosi del fegato.

(P. CARNOT, HARVIER e CAROLI. *Riv. des maladies du foje etc.*, 6, 1934).

L'articolo contiene l'esame accurato — sia dal lato clinico che anatomopatologico — di un caso clinico assai interessante; si tratta di un uomo di 31 anni, che da circa 2 anni soffriva di una epato-splenomegalia progressiva, complicata da melena e da ematemesi, e da crisi dolorose in sede colecistica.

L'esame obbiettivo ultimo dimostrava un fegato enormemente aumentato di volume, duro, a margine tagliente e superficie grossolanamente irregolare, specialmente sul suo lobo sinistro: una milza che arrivava quasi all'ombellicale trasversa; i segni di un circolo venoso collaterale e di una modica ascite e un'anemia notevole, a tipo secondario (il malato usciva appena allora da una ematemesi gravissima).

Dopo ripetute trasfusioni, fu praticata la splenectomia; nel corso dell'intervento venne prelevato un frammento del fegato che apparve appunto al chirurgo aumentato di volume, duro, con placche di periepatite e a superficie irregolare.

Dopo l'operazione il malato andò sempre più migliorando, scomparve l'ascite, aumentarono le forze: oggi, dopo due anni, il malato è in piena attività lavorativa; il suo fegato si è notevolmente ridotto di volume.

Tutte le ricerche sierologiche erano state negative; esclusa, nel modo più certo, l'abuso di alcool. La coltura e l'innesto di frammenti degli organi asportati hanno dato risultato negativo.

L'esame istologico ha messo in evidenza: nella milza uno stato di sclerosi recente, con iperplesia cellulare e aumento del volume dei follicoli di Malpighi; nel fegato i segni di una cirrosi, con intensissimi processi di iperplasia cellulare, a tipo adenomatoso.

Gli AA. discutono con molta cura e molta prudenza il loro caso, riconoscendo la difficoltà di inquadrarlo in una sindrome epatica nota; escludono il metodo di Banti e quello di Hanot e si limitano, pur malvolentieri, a parlare di cirrosi ipertrofica (reticolotossica di Roesle) con splenomegalia.

Parlano poi della splenectomia e del successo ottenuto nel loro caso; ricordano come Eppinger l'abbia consigliata sin dal 1921 nelle forme decorrenti con ittero, e molti altri l'abbiano praticata in quelle anitteriche, i risultati sono stati, di solito, estremamente favorevoli.

Gli AA. non ritengono che l'ablazione della milza agisca togliendo la « causa » della cirrosi epatica, ma piuttosto alleggerendo il circolo portale e combattendo così la complicazione più grave, quella delle emorragie intestinali, che da sola indica l'intervento; il miglioramento delle condizioni epatiche si spiega forse ammettendo l'azione « epatotossica » della milza, così come vorrebbe Fiessinger.

Perchè un epatico possa essere operato occorre che si trovi in discrete condizioni generali; le crisi epatologiche pseudo-calcolose, l'ittero con o senza fragilità vascolare, il prurito, l'anemia marcata, ma sopratutto le emorragie gastro-intestinali sono indicazioni all'intervento.

V. SERRA.

# MEDICINA SOCIALE

## La malaria nell'Agro Pontino durante il 1933.

È noto come dal principio dell'anno 1933 l'Assistenza Sanitaria dell'Agro Pontino fu dal Capo del Governo affidata completamente alla Croce Rossa Italiana.

Alla direzione di tutti i servizi sanitari fu proposto il Prof. G. Alessandrini il quale, dopo un anno di intensa attività, ha potuto presentare a S. E. il Sen. Cremonesi, una elaborata relazione sull'opera svolta e sui risultati ottenuti.

Da essa risulta come l'organizzazione dei servizi venne divisa in due grandi categorie: *a*) servizi assistenziali; *b*) servizi di profilassi.

Sebbene la maggior cura sia stata rivolta ai servizi assistenziali antimalarici, pure si cercò di assicurare l'assistenza sanitaria completa tanto ai coloni quanto ai lavoratori. Aumentato il numero dei medici, trasformati in centri sanitari i posti distaccati di Sessano, Capograsso e Passo Genovese, completata l'attrezzatura degli ospedaletti e degli ambulatori, ottenuto un notevole miglioramento nelle residenze dei sanitari e del personale ausiliario, oggi sono in efficienza completa sette ospedali sufficienti a contenere 360 letti, che raggiungeranno presto il numero di 400.

Ogni stazione sanitaria deve considerarsi per le sue funzioni una vera condotta medica rurale, di ambulatorio e di infermeria con lo scopo di assicurare a tutta la popolazione stabile e fluttuante, agricola ed operaia dell'Agro Pontino una assistenza medica ed igienica continua efficace, completa non solo nei riguardi della malaria, ma anche di tutte le altre manifestazioni morbose medico-chirurgiche. E a tale scopo ai medici, alla levatrice ed al personale ausiliario non furono limitati i mezzi di trasporto a trazione animale e gli automezzi.

Si è provveduto all'assistenza scolastica e d'accordo con la Società Italiana di Antropologia si sono iniziate numerose serie di ricerche per studiare quale influenza dal punto di vista dello sviluppo fisico e intellettuale possa avere nei bambini l'emigrazione in nuove regioni e quali modificazioni possano in seguito verificarsi per l'incrocio delle razze importate con le razze locali.

A completare queste opere di assistenza fu istituita una Colonia marina per i bambini gracili e malarici e fu, a questo riguardo, accettata la tesi dell'Alessandrini di impiantare la Colonia stessa in zona malarica, garentendo la salute dei bambini, purchè ben difesa e ben organizzata. Nella Colonia vennero ospitati 400 bambini, figli di coloni dell'Agro Pontino. Vi rimasero dal 2 agosto al 10 novembre, quando vennero restituiti alle famiglie in perfetto stato di salute, senza chè nessuno ammalasse di malaria.

Quanto ai servizi di profilassi, essi dovevano essere diretti:

1) alla protezione dell'uomo dalla infestazione malarigena e sopratutto dalla perniciosità delle forme malariche;

2) alla vigilanza sulla protezione delle abitazioni con reti metalliche alle finestre, alle porte, ecc.;

3) alla distruzione dell'insetto adulto nelle abitazioni;

4) alla distruzione delle larve nelle raccolte d'acqua con polveri e liquidi insetticidi.

Le difficoltà di proteggere l'uomo dalla infestazione malarica si sono dimostrate veramente insormontabili. L'avversione ad una rigorosa disciplina e la scarsa fiducia che si ha nella profilassi chininica, anche per la eccessiva propaganda entusiastica soltanto verso alcuni metodi di lotta, fanno sì che ben pochi prendano regolarmente il chinino a scopo profilattico.

L'Alessandrini è convinto che la profilassi chininica, quando è rigorosamente osservata, diminuisce non solo la morbilità ma rende eccezionale la perniciosità della malaria ed accenna ad una sua pratica proposta che renderebbe controllabile l'esecuzione della profilassi.

Dopo avere accennato alla vasta opera compiuta per il controllo delle abitazioni, per la distruzione delle zanzare e delle larve, e dopo aver reso omaggio all'abnegazione, allo zelo, all'attività di tutti i sanitari e di tutto il personale ausiliario, l'Alessandrini espone i dati e le cifre che rendono conto dei brillanti risultati ottenuti.

Il massimo vantaggio che si può notare, per l'efficacia delle previdenze igieniche, riguarda la stabilità e l'aumento costante della popolazione fissa e fluttuante. Non si verifica più l'esodo estivo nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre. D'altra parte con l'aumento della popolazione non si è verificato un aumento corrispondente dei casi di malaria, vi è stato anzi una notevole diminuzione in confronto degli anni decorsi, diminuzione che diviene straordinaria ove si facciano i confronti con i lontani anni quando finivano con l'ammalarsi oltre l'80 % delle persone che rimanevano nell'Agro Pontino o vi transitavano. In quest'anno i casi di primitiva sono stati circa la terza parte di quelli dello scorso anno e questi casi si sono verificati per la massima parte nella popolazione nomade e meno disciplinata. Fra i coloni si sono verificati solamente 11 casi di malaria primitiva. Ora, se si considera che molti di essi sono giunti nell'Agro Pontino nella stagione più pericolosa per aquisire la malaria estivo-autunnale e che il numero di essi si aggira sui diecimila, si può dedurre facilmente che le opere di bonifica integrale e le previdenze igieniche hanno dimostrato la loro completa efficienza.

A. POZZI.

# NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

E. MINGAZZINI. *Urologia Pratica. Compendio ad uso dei medici.* Volume in-8°, di pagg. XII-490, con 83 illustrazioni in nero ed a colori. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 40.

*Ci sia consentito di riportare quanto l'Illustre prof. Alessandri ha scritto nella Prefazione con la quale presenta ai medici questo libro:*

« Il volume di *Urologia pratica* che il prof. « Ermanno Mingazzini modestamente chiama « Compendio, risponde egregiamente, a mio « parere, allo scopo di diffusione delle cono- « scenze in questo campo, fino a poco tempo « fa coltivato in Italia solo da uno scarso ma- « nipolo di chirurgi generali e di specialisti, « ora man mano sempre più numerosi.

« Il libro sarà certamente utile anche a « questi già esperti, al chirurgo cioè e allo « specialista urologo, perchè vi è trattata si- « stematicamente e con sufficiente estensione « tutta la materia riferibile alla parte semeio- « tica, diagnostica e operatoria delle malattie « degli organi urinari, in modo che dagli stru- « menti da usare alla tecnica delle manovre « urologiche, dall'esame metodico clinico del « malato a quelli di laboratorio, delle urine, « del sangue, all'esecuzione e alla interpreta- « zione delle ricerche radiologiche, tutto è « esposto in modo chiaro e il testo è corre- « dato di figure che facilitano l'applicazione « dei vari esami e l'interpretazione dei singoli « casi occorrenti nella pratica.

« Ma sopratutto penso che dovrà esser con- « sultato utilmente dai medici pratici perchè « riassume quanto la moderna urologia ha « messo in evidenza circa la fisio-patologia « dell'apparato urinario, i modi di sospettare « e precisare la diagnosi, le indicazioni cura- « tive, sia mediche che chirurgiche, quello « che si può ottenere colle prime e fino a qual « momento conviene usarle, la necessità e le « modalità delle operazioni, i risultati che se « ne possono sperare.

« Questo è evidentemente lo scopo più im- « portante di un manuale, che deve guidare il « medico nei casi dubbi e indirizzarlo all'e- « satta diagnosi e sopratutto al preciso giudi- « zio prognostico e curativo, lasciando allo « specialista e al chirurgo l'esecuzione, caso « per caso, delle più opportune ricerche spe- « ciali e la decisione operatoria.

« Il volume deriva dal capitolo, che il Min- « gazzini ha già dettato per il « Manuale di « Chirurgia », che sotto la mia direzione i « miei allievi hanno voluto dedicarmi in oc- « casione del compiuto trentennio d'insegna- « mento chirurgico, in cui notevole parte ha « avuto quello urologico, che ho l'orgoglio di « avere tra i primi diffuso in Italia. E sono « quindi assai lieto, che il Mingazzini col cor- « retto indirizzo di una base fondamentale di « educazione chirurgica generale, che egli ha

« poi completato nel campo urologico, abbia « prima compilato per il mio testo clinico « quella parte speciale, e poi l'abbia ora estesa « e completata, così da far parte per se stes- « sa, per l'istruzione e la guida del medico « pratico nel campo oggi così progredito de- « gli studi urologici, con un'esposizione chiara « e corretta sulle basi indispensabili di medi « cina e chirurgia generali ».

Roberto Alessandri

---

# CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Perussia e Pugno-Vanoni. *Trattato di roentgen e curieterapia*, 2 volumi di 1600 pagine complessive con 700 figure oltre tavole fuori testo. Fratelli Treves, editori, Milano, L. 350.

L'opera che i Fratelli Treves danno alle stampe con una bella veste tipografica rappresenta un'opera che colma una lacuna nella letteratura radiologica italiana: è il primo trattato italiano di roentgen e curieterapia e che ci libera finalmente dai trattati stranieri. Il trattato rappresenta un'opera poderosa e accanto a Perussia e a Pugno Vanoni fanno corona come collaboratori molti allievi del Perussia da Alberti a Mascherpa, da Giongo a Ratti e Asti, ecc. Il trattato è riuscito così completo in tutte le sue parti e i ricercatori e i lavori italiani sono stati largamente citati. La « fisica e la elettrotecnica » è stata scritta dal Pugno Vanoni; la tecnica e la metodica della roentgenterapia da Giongo; quella della curieterapia da Asti; le tabelle per la radioterapia e le disposizioni legislative sono state raccolte da Picchio; la parte radiobiologica è stata svolta da Gallavresi; le alterazioni e reazioni della radioterapia da Ratti.

Il 2° volume si apre con un capitolo del Perussia: fondamenti e direttive generali della radioterapia oncologica; la radioterapia dei tumori è stata trattata da Ratti; quella dei processi infiammatori da Alberti; quella delle affezioni tubercolari da Giraudi; quella delle malattie del sangue da Meda; delle ghiandole endocrine da Mascherpa; della malattie dell'apparato respiratorio, digerente e ricambio dalla Pellini; del sistema nervoso da Mascherpa, dell'apparato locomotore da Giraudi; dei fibromi e delle metropatie emorragiche da Bortini e delle malattie cutanee da Perussia.

Il trattato è destinato alla più ampia fortuna: esso non è solo un libro di consultazione e di studio necessario al radiologo e al medico colto, ma è un trattato completo in ogni sua parte e che rappresenta una fatica tutta italiana e materiale di studio e di esperienza personale.

E. Milani.

G. B. Cardinale e M. Maino. *Compendio di Radiologia Medica ad uso degli studenti e dei medici pratici*. Volume di pag. 496 con 33 figure e tavola a colori. Ed. Ulrico Hoepli, Milano. Prezzo L. 60.

Il manuale di Cardinale e Maino colma una lacuna nella letteratura radiologica italiana, alla quale mancava fino ad ora il libro scritto succintamente e precipuamente rivolto ai medici pratici. Il prof. Maragliano infatti che ne è stato l'ispiratore, si è fatto interprete di una delle più antiche aspirazioni della classe radiologica. Egli presentando il volume scrive che « è necessaria una cultura radiologica elementare diffusa in tutto il ceto medico » perchè nella collaborazione col radiologo possa fornire un giusto indirizzo all'indagine radiologica, comprenderne esattamente il reperto, interpretare giustamente la documentazione radiografica. Questo è dunque e soltanto questo lo scopo del lavoro; scopo limitato al quale corrisponde la rapida trattazione che non si perde in particolari. Pur tuttavia è completa ed organica; nulla vi è trascurato; anche i mezzi più moderni di contrasto e le tecniche di indagine fini sono messi in piena luce e valorizzati. Riguardo alla terapia gli AA. si sono volutamente soffermati a spiegare sopratutto i principi biologici sui quali si fondano le tecniche d'applicazione. Hanno con tutta franchezza esposto i risultati che è possibile ottenere nelle varie forme, ma hanno volutamente sorvolato sui particolari di tecnica.

Il lavoro quindi ha un interesse strettamente culturale, non di specialità; per i bisogni della quale già numerosi e molto pregiati sono i trattati italiani usciti in questi ultimi tempi. Ma proprio per queste sue caratteristiche sarà apprezzato dai nostri lettori. Meldolesi.

Holthusen e Braun. *Grundlagen und Praxis der Roentgen-strahlen Dosierung*. Thieme 1933, 153 fig., 250 pagine, marchi 18.

Il libro di Holthusen in collaborazione con Braun rappresenta una nuova fatica del radiologo di Amburgo che naturalmente ha trovato modo di mettere in primo piano tutti quei contributi personali che hanno reso noto Holthusen fra tutti i radiologi radioterapisti.

Il sottotitolo del libro: misura e determinazione della dose, indica bene lo scopo del lavoro: dopo alcune cognizioni generali di fisica un capitolo è dedicato ai fondamenti del dosaggio e un capitolo alla ionizzazione e alle unità internazionali: lo strumentario per il dosaggio. lo stazzamento dei mezzi di misura sono particolarmente trattati ma il radioterapista troverà nei successivi capitoli (dose fisica e dose biologica — rapporti tra dose fisica e biologica — i fattori biologici) quanto di attualità esiste oggi su questo argomento specialmente nei riguardi del frazionamento della dose e della importanza del fattore tempo in terapia.

E. Milani.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

FRANZ BUSCHKE. *Roentgenlogische Skelettestudien an Menschlichen Zwillingen und Mehrlingen.* Thieme editore, 1934, pagine testo 43, 50 tavole, marchi 25.

Interessante appare lo studio dello scheletro (specialmente delle mani e dei piedi) nei gemelli e in bambini nati in parto tri-multigemellare: i gemelli monocorii (da un uovo) e che sono in genere dello stesso sesso presentano come è noto anche dei caratteri somatici assai simili.

Lo studio ha riguardato 25 paia di gemelli monocorii e 18 paia di gemelli bicorii: 4 casi di trigemelli e un caso di quadrigemelli.

Forma e struttura ossea mostrano una perfetta concordanza nei monocorii, discordanza nei bicorii così come il tempo di ossificazione mostra un comportamento analogo concordante e discordante rispettivamente nei monocorii e bicorii.

Belle tavole (circa 50) corredano il libro che è uno dei primi studi radiologici sistematici sull'argomento. E. MILANI.

L. ARMANI. *Vademecum radiologico.* Vol. in-16° di pagg. 200. Soc. An. Vercellese Ind. Tip., 1934, L. 20.

L'Armani ha raccolto — dopo aver spiegato come va preparato il paziente per i diversi esami radiologici — le varie malattie per ordine alfabetico e per ognuna di esse ha voluto brevemente per sommi capi spiegare quello che l'esame radiologico può dare. E sotto il nome degli AA. ha raccolto quei segni, quelle tecniche, quelle proiezioni legate a un determinato autore: anche in questo caso in ordine alfabetico.

Il *Vademecum* è così utile per il medico pratico e si raccomanda a tutti coloro che vogliono avere una risposta e un consiglio o vogliono rapidamente conoscere e risolvere un quesito: di qualche utilità sarà anche per il radiologo nonostante che il voler racchiudere una così complessa materia quale la radiologia in formule o tabelle o paragrafi porta con sè alcuni inevitabili difetti. E. MILANI.

AUGUSTE NEMOURS. *Radiologie de la vésicule biliare.* Vol. in-8°, di pagg. 186, con 102 fig. e 27 tav. Masson & C. Paris, 1934. Fr. 45.

Il libro dell'A., che vuole essere uno studio anatomico, funzionale e clinico sulla vescicola biliare, raccoglie quanto è noto sull'argomento pur con alcune vedute personali. All'anatomia radiologica segue un capitolo sullo studio radiologico dei canali biliari estraepatici e sulle funzione della colecisti. La tecnica radiologica coi suoi varî metodi è pure largamente trattata. Segue lo studio radiologico della colecistite cronica e della colecistite calcolosa e delle pericolecistiti. Si può discutere la tecnica personale (1° esame dopo 4 ore dalla iniezione; 2° dopo 8; poi pasto di Bronner; il malato in questo tempo ha bevuto acqua zuccherata). Numerosi e chiari gli schemi — radiogrammi invece non sempre chiari. Il libro è utile come libro di consultazione per quanto oramai il capitolo sulla colecisti è stato trattato esaurientemente anche in Italia (trattato del Busi). E. MILANI.

G. VIALE. *Le azioni biologiche delle radiazioni.* Vol. in-8°, di pagg. 368. Tip. Fratelli Treves, Milano, 1934. L. 60.

Bel libro italiano che raccoglie in modo ordinato a chiarissimo tutto quanto riguarda le radiazioni solari e celesti. L'A. discute preliminarmente la possibilità di azione delle onde herziane ricordando le ricerche di Lakhowski (ricerche come dice l'A. consistenti in esperimenti geniali e concezioni fantastiche), ma lo studio è essenzialmente rivolto sulle radiazioni solari. Un capitolo tratta dello spettro solare — i capitoli successivi trattano: generalità sull'azione biologica della luce — (fattori dell'azione biologica, sorgente luminosa, filtri, dose ecc.); cap. IV: principî di fotochimica (fotolisi, fotosintesi, polimerizzazioni, ossidazioni, riduzioni, sensibilizzazione ottica ecc.); il capitolo V: azione della luce sull'organismo (sostanze proteiche, glicidi, lipidi, vitamine, fermenti ecc.); il capitolo VI: azione sui microorganismi; il capitolo VII: azione sulle piante; il capitolo VIII: azione sugli animali inferiori; il capitolo IX: azione sull'uomo e sugli animali superiori (azione sulla pelle, sull'occhio, sangue, apparato respiratorio, ghiandole endocrine, ricambio, sviluppo ecc.).

I capitoli successivi (X, XI, XII, XIII, XIV) trattano rispettivamente dell'azione biologica dei raggi mitogenetici; della radioattività, delle radiazioni cosmiche (capitoli brevi, 50 pagine in tutto).

Le ultime 100 pagine del libro trattano dei fenomeni fotodinamici, della pigmentazione, delle malattie della luce, dei principî di fototerapia e del meccanismo di azione della luce.

Il libro è di facile e piacevole lettura; la materia svolta con chiarezza e al libro — primo lavoro sistematico italiano — non mancherà la fortuna. E. MILANI.

## PROBLEMI CULTURALI

### Il latino come lingua scientifica.

In un articolo che ha avuto una certa ripercussione nel mondo degli studiosi, G. Tegoni (*Ann. d'Igiene*, allegato al n. 4, apr. 1934) rileva che si nota, oggi, un risveglio per una rifioritura del latino nella letteratura scientifica. Da un anno a questa parte, l'Istituto di Studi romani, d'accordo con il massimo Ente scientifico tecnico nazionale, il Consiglio nazionale delle ricerche, si è proposto d'intensificare la propaganda a tale scopo e ne ha formulato un programma. Già alcuni periodici scientifici italiani hanno, di loro iniziativa, ritenuto opportuno di riprendere l'uso del latino scientifico: *Nuncius radiologicus, Boll. mal. orecchio, naso e gola, Arch. internaz. di radiobiologia;* sunti o sommari in latino troviamo in vari periodici medici. Ma il maggiore impulso per una più intensa ripresa del latino quale mezzo di espressione scientifica internazionale è stato dato dall'apparire del periodico *Scientiarum Nuncius Radiofonicus*, che sunteggia i testi delle comunicazioni presentate dai soci dell'Accademia Pontificia delle Scienze « Nuovi Lincei » e li diffonde per radio a tutto il mondo.

L'A. rileva come questo latino, decadente, corrotto fino ai limiti del possibile, in cui sono tagliati i ponti con alcune regole classiche del latino insegnato dalle morfologie scolastiche, dimostri che la lingua di Roma antica è la più duttile delle lingue e la più adatta per stabilire corrispondenze internazionali.

I compilatori del *Nuncius* si giovano dei numerosi apporti recati al latino classico dalla letteratura cristiana, medievale, ecc. e percorrono con scioltezza la loro strada. Basta avere, del latino, una conoscenza appena superficiale, basta averlo studiato negli anni della prima giovinezza e poi anche abbandonato per sempre, per riuscire a comprendere ugualmente le espressioni scientifiche del *Nuncius* e tenersi così al corrente degli ultimi studî e degli ultimi portati scientifici mondiali. È però da domandarsi che cosa rimane del latino se, da un lato, si introducono necessariamente le parole scientifiche moderne e, dall'altro, si trascura la sintassi, che è la vera spina dorsale del latino stesso.

Ma la ripresa dell'uso internazionale della lingua latina viene integrata e favorita da un concreto programma elaborato dal Presidente dell'Istituto di Studi romani, Prof. Galassi Paluzzi, d'accordo con alcuni fra i maggiori esponenti della nostra cultura scientifico-umanistica.

Con grande senso di praticità, tale Istituto abbandona l'idea del rifiorire di un latino parlato e propone essenzialmente che degli articoli originali dei periodici tecnici e delle comunicazioni ai congressi, sia fatto un riassunto in latino. La proposta, così contenuta in limiti abbastanza modesti, troverà tutti consenzienti.

I concetti schematici contenuti in un riassunto (in cui entrano non pochi termini scientifici di uso si può dire internazionale) possono essere abbastanza agevolmente espressi, mentre il latino, anche un po' maccheronico, che ne risulta può essere compreso da chiunque abbia una modestissima cultura classica e ne verranno così facilitati gli scambi culturali internazionali. Ne risulterà forse una specie di gergo internazionale che i cultori delle singole scienze comprenderanno e che, ad ogni modo, sarà meno sconveniente del ludibrio che alcuni scrittori tecnici fanno della lingua italiana.

Meno pratica è l'altra proposta del predetto Istituto di compilare un lessico italiano-latino, che raccolga tutta la terminologia scientifica. Gran parte della terminologia delle scienze matematiche, fisiche, chimiche, biologiche ha etimo greco e basta pertanto una certa conoscenza di questa lingua per comprenderle; per moltissime altre, tale terminologia è già fissata da tempo e consacrata nei trattati, senza bisogno d'altro. Rimane, aggiunge l'A., una minoranza di discipline scientifiche le quali hanno subìto un enorme sviluppo e sono ricche di neologismi ad etimo vario, sempre diverso dal latino e dal greco. Su tali parole, verterebbe l'opportunità del lessico, affidandone però la traduzione alla cultura ed al buon gusto di persone competenti ed evitando le perifrasi spesso oscure e non rispondenti al concetto che vogliono esprimere.

Ma, anche così ridotta, la compilazione di un tale lessico presenta enormi difficoltà. Chi scrive ha occasione di tradurre lavori di scienze di cui ha una conoscenza superficiale; inutile il ricercare i vocaboli sui comuni dizionari e quelli così detti tecnici sono antiquati ed insufficienti; alcuni abbastanza completi, ma vastissimi, come, p. es., quello sulle ferrovie, in sei lingue: quindi di una disciplina limitatissima, che comprende parecchi volumi. Che estensione assumerebbe un lessico che comprendesse tutte le scienze? Quale vasta e delicata collaborazione richiederebbe? Senza contare i continui aggiornamenti e rifacimenti che sarebbero necessari.

Se si vuole prendere il latino quale lingua per gli scambi internazionali nel campo della scienza, sono necessari degli adattamenti, oltre che grammaticali e sintattici, anche della nomenclatura. Lasciata da parte l'eleganza del dire ciceroniano, si tratta di stabilire una specie di gergo per una reciproca comprensione ed è allora inutile tradurre termini che sono ormai consacrati dall'uso, moneta corrente degli scambi internazionali. A parte le difficoltà della traduzione latina, nessuno che si occupi della materia sente il bisogno di tradurre « shunt », « relais » e le altre mille dia-

volerie dell'elettricità e della radio; si raggiungerebbe anzi l'effetto opposto, creando delle difficoltà per il lettore straniero. Quando noi avremo trovato, per la viva e pittoresca espressione di « fading », un bel vocabolo del trecento e gli avremo dato la desinenza latina, avremo forse soddisfatto il nostro orgoglio, ma perderemo lo scopo di far comprendere subito ciò che un qualsiasi amatore di radio, dalla Islanda alla Patagonia, conosce.

Ben venga, quindi, il latino, per gli scambi culturali internazionali, ma con quella serie di adattamenti che lo rendano realmente utile e rispondente allo scopo. *fil.*

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 29 marzo 1934.

Presidenza: Prof. CARLO COMBA.

**Considerazioni sull'angioblastoma del cervello (Malattia di Lindau).**

Dott. U. SIMONDI. — L'O. descrive un caso di tumore cerebellare, che non si potè operare per le gravissime condizioni della paziente, per cui l'esame isto-patologico dimostrò trattarsi di un angioma a tipo embrionale con presenza di cellule chiare con contenuto lipoideo e colesterinico. Non coesisteva l'angiomatosi retinica, che avrebbe grande importanza per la diagnosi. Nel siero di sangue era presente una notevole ipercolesterinemia.

**Tecnica della resezione gastrica alla Billroth I secondo V. Haberer.**

Prof. G. CAVINA. — Con la dimostrazione di numerosi disegni originali illustra il metodo di gastro-duodenostomia alla Billroth I con innesto circolare diretto dei due monconi secondo la modificazione preconizzata dal V. Haberer. Discute le indicazioni del metodo nel trattamento dell'ulcera sia gastrica, sia duodenale e ne segnala i vantaggi, quando sia applicato nei casi adatti.

Al controllo radiologico dei casi finora operati, si verifica realmente uno svuotamento gastrico assai rapido, più rapido che di norma. Seguirà la pubblicazione integrale in uno dei prossimi numeri di « Clinica Chirurgica ».

**Le indagini dentarie per la interpretazione patogenetica delle nevralgie del trigemino.**

Dott. Prof. C. RAMORINO. — L'O. illustra brevemente quali sono le cause più comunemente invocate per spiegare la patogenesi delle nevralgie del trigemino, e si sofferma in modo particolare sulle cause dentarie.

Di queste prende in considerazione quelle determinate da denti inclusi capaci di produrre uno stiramento o una compressione del nervo. Presenta un caso di nevralgia ribelle esistente in giovane soggetto da cinque anni guarita radicalmente in seguito alla diagnosi radiologica e clinica con un atto operatorio endoorale atto alla asportazione di un dente ottavo incluso nella fossa zigomatica con compressione ed erosione completa della radice distale del settimo dente

*I Segretari*: L. PICCHI - P. NICCOLINI.

## Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 10 marzo 1934.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

**Frequenza ed importanza della bronchiettasia nelle affezioni dell'apparato respiratorio.**

E. GREPPI. — L'O. accenna agli sviluppi recenti del tema delle bronchiettasie secondo la tecnica broncografica, presentando alcuni esempi istruttivi. Si ferma quindi sulla patogenesi dinamica (da pulsione) di molti stati bronchiettasici diffusi, spesso bilaterali e in gran parte estranei a ragioni anatomiche locali ma invece dipendenti da deficienze congenite od acquisite della struttura muscolare-elastica dell'albero bronchiale, che a loro volta giustificano la morbosa cedevolezza del bronco per ogni facile causa di sforzo toracico-respiratorio.

**Malaria sperimentale.**

Prof. E. DI MATTEI. — Dai risultati concordi di numerose esperienze condotte su diversi animali: cani, conigli, cavie, variamente trattati ed inoculati per diverse vie con sangue d'individui malarici si può concludere che la malaria umana non è trasmissibile agli animali.

Restano confermati gli antichi risultati negativi già pacifici sull'argomento, e resta altresì salda l'attrezzatura della profilassi finora adottata per questa infezione.

**In tema di terapia di poliomielite anteriore acuta.**

F. PARADISO. — L'O. riporta l'osservazione di 2 casi di morbo di Heine-Medin, uno con paraplegia e reazione degenerativa, a forma ascendente a sindrome bulbare l'altro, venuti entrambi a guarigione adottando la roentgenterapia nel primo, un trattamento adrenalinico endorachideo nel secondo.

Sul valore dei metodi di cura l'O. è indotto ad avanzare delle riserve data la possibilità di spontanee regressioni rapide e complete.

**Esito raro di ascesso.**

Dott. V. LOMBARDO. — L'O. presenta un caso di ascesso perirenale sottodiaframmatico con estrinsecazione anteriore; che apertosi spontaneamente aveva dato fistola. Il tramite fistoloso finiva dietro il rene e nel fondo era contenuta una concrezione calcaria che avrebbe potuto confondersi con un calcolo renale.

**Azione degli estratti pre-ipofisari sul tasso glicemico dell'uomo.**

Dott. M. CORDARO e Dott. R. MODICA. — Gli OO. studiando l'azione di alcuni estratti preipofisarii (Prolan, Preipofisasi, Pregnyl) sul tasso glicemico dell'uomo hanno potuto notare che la risposta ai varii estratti si presenta diversa da soggetto a soggetto, indipendentemente dal preparato usato. Su 39 curve glicemiche da estratti preipofisarii seguite per tre ore dopo l'iniezione hanno notato iperglicemia in 25 casi, ed ipoglicemia in 14 casi. Gli OO. spiegano questo diverso comportamento con l'ipotesi che l'azione degli increti preipofisarii sui meccanismi glicoregolatori non sia unica, ma possa essere orientata in senso diverso per la coesistenza di fattori, forse anch'essi di tipo neuro-endocrino, che gli OO. si propongono di indagare in una successiva serie di esperienze.

*Il Segretario*: Prof. G. DI MACCO.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Alcune affezioni cardiache minori.

Secondo R. O. Noon (*The Practitioner*, maggio 1934) molti disturbi non clamorosi ma reali della funzionalità cardiaca si manifestano con disordini del sistema nervoso o di quello digestivo, mentre subiettivamente si esplicano con disturbi prettamente circolatori. Così pazienti che hanno palpitazioni, extrasistoli, ecc. credono di essere malati di cuore e possono anche esserlo, mentre altri lo sono certamente e credono di soffrire di alterazioni dell'apparato digerente.

*Le palpitazioni* sono un disturbo frequente. A volte si accompagnano a tachicardia. Cause più frequenti sono la dispepsia e la flatulenza, il tabacco, il caffè, il thè, le emozioni, la neurastenia, gli stati anemici. Si possono avere contemporaneamente pallore o rossore del volto, senso di oppressione.

*Le extrasistoli* possono aversi anche a cuore perfettamente normale. Sono certamente il disturbo cardiaco più frequente. Causa frequente è l'intossicazione da tabacco.

*La tachicardia parossistica* non è sempre una affezione cardiaca minore, perchè può assumere in qualche caso notevole gravità. La durata degli attacchi può andare da pochi minuti a più di una settimana. La causa è difficilmente accertabile. Utile può essere la chinidina a piccole dosi, come anche l'estratto di paratiroide. Si può anche provare la compressione del vago di destra per 10-20 secondi.

*La sincope* non sempre è di origine cardiaca. Quand'è di brevissima durata può essere un attacco di piccolo male epilettico. Nella forma epilettica si ha perdita rapidissima della coscienza, con caduta a terra del paziente, mentre nella forma cardiaca l'inizio è meno brusco, tanto che il paziente ha il tempo di sdraiarsi.

*Il dolore* alla regione cardiaca è frequente, ma per lo più senza significato grave, quando non sia da angina pectoris.

Il carattere più importante del dolore cardiaco è di comparire dopo sforzo. Il dolore unicamente funzionale compare spontaneamente, indipendentemente dall'esercizio fisico, spesso in rapporto con emozioni e può simulare l'angina pectoris. In questi casi il paziente ha senso di ripienezza, di tensione allo stomaco e spesso è il cattivo funzionamento gastrico che ne è la causa.

Tutti questi disordini cardiaci minori possono disturbare notevolmente la vita di un paziente anche perchè impressionano molto chi ne soffre. Per curarli è bene sopra tutto fare una vita regolare nei riguardi del lavoro, dei pasti, del sonno.

R. LUSENA.

### Le cardiopatie nell'ipertiroidismo.

In un ampio studio sull'argomento, E. Peserico (*Cuore e circolazione*, febbr. 1934) osserva anzitutto che il cuore del basedowiano è una macchina che compie un lavoro eccessivo in condizioni intrinseche di errato chimismo, turbato equilibrio chimico-fisico, attriti eccessivi ed in condizioni emodinamiche estrinseche sfavorevoli. Ciò spiega, da un lato, la scarsa efficienza, dall'altro l'inevitabile usura.

Dal punto di vista clinico, a parte la tachicardia sinusale normotropa, sono frequenti i disturbi del ritmo. La più importante e frequente delle aritmie è la fibrillazione auricolare. All'inizio, essa può avere carattere accessionale e prestarsi a confusione con crisi tachicardiche, frequenti in questi malati.

Relativamente rara è l'aritmia extrasistolica ed eccezionale è la tachicardia parossistica; abbastanza frequenti i disturbi della conduttività (allungamento del tempo di conduzione).

Dal punto di vista dei segni fisici, importanti sono alcuni aspetti speciali dell'area cardiaca; variabili sono i reperti ascoltatori, in rapporto specialmente alla frequenza di soffi dal carattere funzionale. Talvolta, si ha un reperto acustico, che fa pensare alla stenosi mitralica.

L'A. si diffonde poi sui segni elettrocardiografici.

*L'evoluzione* segna generalmente tre tappe: la prima destinata dalla tachicardia, la seconda dai disturbi del ritmo e dai primi segni della insufficienza cardiaca; nell'ultima l'insufficienza del miocardio.

La prognosi è relativamente migliore che in altre cardiopatie.

La terapia deve rispondere a due indicazioni: 1) combattere la tireotossicosi (tiroidectomia in due tempi: röntgenterapia, jodoterapia; 2) agire sui disturbi circolatori (digitale, uabaina, trattamento glucosio-insulinico associato alla terapia jodica e digitalica). Nel trattamento della fibrillazione auricolare, la chinidina conserva la sua importanza.

*fil.*

### Lesioni cardiache e disturbi del ritmo costanti da difterite.

Mautner (*Mediz. Klin.*, 20, 1934) ricorda che, mentre tutti parlano di alterazioni permanenti del cuore d'origine scarlattinosa, solo di rado, e nei testi di pediatria affatto si parla di lesioni cardiache permanenti da difterite.

Eppure l'anatomia patologica insegna che si possono avere lesioni cardiache, in soggetti adulti, che risalgono con certezza alla difterite sofferta nell'infanzia: non è dunque vero che

la difterite lasci soltanto delle traccie da cui è facile guarire; se questo è vero per le infiltrazioni grasse e per le emorragie sottoendocardiche, non si può dire altrettanto per la « fragmentatio » o lisi del miocardio che segue spesso all'infezione e a cui succede una polifenzione interstiziale del connettivo che può portare ad una cirrosi del cuore.

La cirrosi può passare inosservata, come in un caso descritto da Kratzeisen, per i poteri di compenso della muscolatura, ma può anche dare chiari segni di sè, specialmente quando, per la sua localizzazione sul sistema di conduzione, provoca disturbi del ritmo.

L'A. dimostra il caso di una bambina di 8 anni e mezzo che a 7 anni aveva sofferto di difterite e da allora presentava un'aritmia costante, decifrata all'elettrocardiografo come un blocco parziale del tipo 2:1, con interpolazione irregolare di contrazioni ventricolari automatiche. V. SERRA.

**Influenza dell'invecchiamento e dell'aumentato carico sulle valvole polmonari.**

Radnai e Aschner (*Zeit. f. Kreisl.*, 15 marzo 1934) hanno praticato uno studio anatomico-fisiologico di raffronto tra le valvole aortiche e le polmonari.

Queste ultime sono più grandi delle prime, secondo un rapporto sensibilmente costante; coll'avanzare dell'età, il volume delle valvole aumenta, sia in lunghezza che in larghezza.

Lo stesso si dica in tutti i casi di ipertensione del piccolo circolo, in cui l'ingrossamento valvolare si accompagna ed è proporzionale alla dilatazione del ventricolo destro: tuttavia esso non è sufficiente a proteggere il ventricolo dal pericolo di un'insufficienza funzionale. Analoghe considerazioni valgono per qualunque altro fattore capace di aumentare — in modo stabile — la pressione nell'ambito del piccolo circolo. V. SERRA.

**Modificazioni della pressione sanguigna dopo operazioni addominali.**

C. Seud e A. Berg (*Acta Chir. Scandin.*, 1933, Suppl. XXVI) hanno studiato le variazioni della pressione arteriosa dopo operazioni addominali con misurazioni quotidiane della pressione diurna e notturna.

Dopo l'esame di 134 ammalati, su cui hanno eseguito 1800 misurazioni, hanno potuto stabilire che la *curva della pressione diurna* può evolvere secondo i 4 tipi seguenti: *a*) nel 34 % si ha un iniziale modico aumento della pressione arteriosa; *b*) nel 60 % si ha una netta elevazione, detta dagli AA. « *elevazione primaria* »; *c*) nel 20 % una caduta primaria della pressione cui segue una elevazione secondaria; *d*) nel 6 % ad una elevazione primaria segue una caduta secondaria della pressione e quindi una elevazione secondaria.

Su 45 di questi pazienti hanno potuto studiare, in base a 300 misurazioni, la *curva della tensione arteriosa notturna* ed hanno trovato in tutti un aumento della pressione la notte seguente all'operazione.

In tal modo appare alterato il rapporto tra pressione diurna e notturna, per la diminuzione o scomparsa della differenziale normalmente esistente tra le due curve.

I casi più semplici, con decorso postoperatorio ottimo e senza complicazioni, decorrono con una accentuata elevazione primaria della pressione diurna, mentre i casi gravi e complicati tendono all'ipotensione postoperatoria.

Le variazioni della pressione arteriosa postoperatoria rilevate dagli AA. somigliano alle alterazioni che Carl Müller ha riscontrato nell'ipertonia e malattie di cuore e vengono dagli AA. interpretate come l'espressione di una turba cardiovascolare durante il periodo postoperatorio, forse per una discoordinazione vaso-motrice e proprio una stasi circolatoria nelle vene periferiche e splancniche.

R. GRASSO.

**Effetti tossici dell'efedrina.**

Secondo R. N. Chopra e B. Mukheryee (*Indian med. Gazette* e *Journ. amer. med. assoc.*, 17 marzo 1934) asseriscono che si hanno manifestazioni tossiche ed effetti sgraditi con la somministrazione dell'efedrina nell'asma ed in altre condizioni.

L'efedrina, al pari che negli animali da esperimento, determina nell'uomo un innalzamento della pressione di 20-55 mm. di Hg. Si comprende quindi la genesi di reazioni circolatorie, quali il dolore anginoso e le palpitazioni, specialmente se la pressione è già ad un livello abbastanza alto; i sintomi scompaiono quando la pressione ritorna normale.

L'insonnia (piuttosto frequente - *N. d. R.*) ed i tremori sono probabilmente dovuti allo stimolo del sistema nervoso. La costipazione, la nausea e l'anoressia possono spiegarsi con la condizione paralitica dell'apparato gastrointestinale dovuta alla stimolazione simpatica e dalla perdita di tono. La cefalea ed i battiti alle tempie sono attribuiti a cambiamenti nella pressione dei vasi cranici.

Non vi è nessun accordo circa la quantità necessaria per produrre tali effetti. Indubbiamente l'efedrina va considerata come un alcaloide poco tossico e presenta un margine abbastanza ampio di sicurezza. La dose letale minima per il cane è di 70-75 mg. per kg., sicchè, per un uomo di 50-60 kg., può considerarsi di almeno 4-5 grammi. Le dosi terapeutiche generalmente usate variano da 3 a 13 cg.; si è arrivati anche fino a 45 cg. senza effetti dannosi.

L'unica spiegazione degli effetti sgraditi dell'efedrina va ascritta all'anormale ipersensibilità dei pazienti. L'efedrina è un medicamento

simpatico-mimetico e lo stimolo del simpatico, in individui in cui questo è già teso, può portare ad uno squilibrio parasimpatico. Basta un minimo aumento del calcio sanguigno per rendere il sistema autonomo molto sensibile ai rimedi simpaticomimetici, a cui appartiene appunto l'efedrina. L'evenienza di sintomi tossici deve far sospendere l'uso del rimedio. *fil.*

## L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

### C. 77 - Giemsa.

Giemsa ha preparato una serie di derivati dei chinacei, e tra gli altri un'azo-idrocupreina, designata come C. 77, che si è dimostrata molto efficace nella malaria sperimentale degli uccelli.

Il prodotto è stato ora saggiato nell'uomo da A. Missiroli ed E. Mosna (*Riv. di Malariol.*, Sez. I, N. 2, 18 maggio 1934). Le loro osservazioni sono state fatte nella malaria estivo-autunnale. Gli AA. hanno trattato 31 pazienti con C. 77 e, come controllo, 25 pazienti con chinina. Il C. 77 si è usato in dosi metà della chinina; tuttavia l'efficacia di esso è risultata identica, tanto sulla febbre, quanto sui parassiti: dunque può ammettersi che il nuovo rimedio abbia un'efficacia doppia di quella che spetta alla chinina. Come la chinina, esso non rivela efficacia sensibile sulle semilune e neppure nel prevenire le recidive. Una caratteristica notevole del nuovo rimedio è che — non soltanto a causa delle dosi ridotte — non provoca i disturbi che rendono così molesta la chinina. A. P.

## TECNICA MEDICA.

### Intubazione duodenale: una tecnica pratica.

Schelterna fu il primo a fare il sondaggio duodenale. Successivamente Einhorn (1919) usò una sonda intestinale per istillare medicamenti nell'intestino. Ma questi due metodi sono lunghissimi (richiedono anche più giorni) e per di più non permettono l'estrazione di contenuto digiunale o ileale.

T. Grier Miller e W. O. Abbot (*The Journ. of the Americ. Medic. Sciences*, maggio 1934) hanno ideato una sonda duodenale che ha alla sua estremità distale una borsa di gomma che può essere afferrata dall'intestino e spinta rapidamente in avanti coi movimenti peristaltici ed ha due lumi, uno che serve per gonfiare o vuotare la borsa di gomma e l'altro che serve a estrarre il contenuto intestinale e a iniettare medicamenti. Si stanno eseguendo ricerche con questa nuova sonda duodenale.

R. LUSENA.

## DIAGNOSTICA.

### Una particolare reazione colica da colecistite acuta. Il riflesso colecistico-colico.

Mentre sono da tempo ben conosciute le sindromi gastriche delle colecistiti, non è stato invece ancora compilato il capitolo delle sindromi intestinali, che per quanto molto più rare, hanno pur tuttavia una fisionomia clinica abbastanza precisa.

U. Baccarani (*La Riforma Medica*, 24 maggio 1934) per il primo ha richiamato l'attenzione sopra una reazione colica di origine colecistitica o riflesso colecisto-colico.

Tale sindrome si può presentare sotto due differenti aspetti.

Intorno ad uno di essi, e cioè la reazione colica a forma pseudo-diarroica, già ebbe ad intrattenersi l'A. alcuni anni or sono; si tratta del fatto che alcuni pazienti presentano in corrispondenza di ogni attacco di colecistite, delle scariche pseudo-diarroiche che cessano col cessare del dolore colecistitico.

Il secondo aspetto consiste in accessi pseudo-diarroici di breve durata che sarebbero l'unica espressione di attacchi di colecistite muta.

L'A. ha osservato, e ne riferisce due casi, alcuni malati di colecistite che soffrirono, almeno per certo tempo, solo di una sindrome dissenteriforme accessionale, finchè apparvero delle classiche coliche epatiche.

Si tratterebbe di processi colecistitici e pericolecistitici molto lievi, sì da non dare per qualche tempo, nessuna sofferenza in situ, ma capaci di produrre sofferenza a distanza.

Si tratta di un vero e proprio riflesso a tipo vasomotorio, con punto di partenza nei nervi della cistifellea e punto di arrivo nel colon trasverso e discendente.

Il motivo per il quale la sindrome vasomotoria è netta funzione del colon trasverso e discendente lo dice la anatomia: infatti le fibre vaso dilatatrici del simpatico decorrono lungo i vasi arteriosi della mesenterica inferiore, che è noto si distribuisce solo a parte del colon trasverso e discendente. VICENTINI.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Esiste echinococcosi secondaria viscerale e specialmente polmonare, con porta d'entrata circoscritta?

J. Devé (*C. R. Soc. Biologie*, t. CXIV, n. 33, 1933) contesta le esperienze di J. Bacigalupo, il quale ha creduto di dimostrare sperimentalmente che gli scolici ingeriti da conigli possono perforare le tuniche intestinali e cadere nel peritoneo, traversando poi i varii tessuti per raggiungere specialmente il polmone.

Devé recentemente ha ripetuto esperienze proprie già compiute fin dal 1904, con lo stesso indirizzo del Bacigalupo, somministrando

per via orale ripetutamente a quattro conigli la sabbia echinococcica, che in prova di controllo aveva dato segni di vitalità. Sacrificando i conigli dopo 70-79 giorni o 4 mesi, in nessun animale si rinvennero tracce di cisti in attività od in evoluzione o scolici ecc. nel peritoneo, nè nel fegato, nè nel pulmone. Tali esperienze furono infatti ripetute in 6 cavie sacrificate rispettivamente 13, 54, 72, 79, 83 giorni dopo l'ingestione della sabbia echinococcica, che si dimostrò attiva nelle prove di controllo. Altrettanto ha potuto dimostrare Devé in 6 topi bianchi, ai quali ha fatto ingerire più volte la sabbia echinococcica. Due topi 24-72 ore dopo un'unica ingestione furono sacrificati: si praticarono esami istologici delle pareti digestive (gastrica, duodenale, digiunale) e dell'epiploon con risultati negativi. Sacrificando gli altri 6 topi dopo 34-36, 39-41, 45-47 e 101-103 giorni si ebbero ugualmente risultati negativi per la determinazione di infezione echinococcica nel peritoneo, fegato, pulmone ecc.

In base a tali ricerche Devé nega che dopo l'ingestione di scolici di echinocco si possano avere negli animali le formazioni di cisti idatidee peritoneali o viscerali. JURA.

## POSTA DEGLI ABBONATI

*Uretrite cronica.* — All'abb. n. 3042:

Non sempre i mezzi che abbiamo a nostra disposizione sono sufficienti per far guarire una blenorragia uretrale cronica.

In ogni modo è bene esaminare la prostata che in questi casi è quasi immancabilmente presa, e curarla con una serie di massaggi ben fatti.

L'uso di schizzettature di sali solubili di chinina (p. e. bisolfato 0,75-1 %) fatte seguire immediatamente ai lavaggi di permanganato potassico, riesce, talvolta, almeno a fare scomparire la tanto temuta « goccetta ».

Anche la diatermia è stata tentata in questi casi ribelli, ma non credo ci sia da attendersene gran che, nè credo che negli stadî cronici del processo possano essere indicate le iniezioni endovenose di derivati acridinici (tripaflavina ecc.). V. MONTESANO.

## VARIA

**Può l'abuso di fumo provocare disturbi sessuali?**

Ad una simile domanda risponde H. Oettel (*Münch. Med. Woch.* del 1° giugno 1934). Sull'avvelenamento cronico da nicotina molto si è detto: e come in tutte le battaglie condotte contro alcune abitudini voluttuarie più o meno ipoteticamente dannose spesso si è esagerato. In realtà bisogna riconoscere che le basi scientifiche su cui poggiano le accuse sono piuttosto scarse: specialmente scarse poi per quanto riguarda i rapporti tra fumo e attività sessuale. L'idea prima della possibilità di danni di questo genere pare sia derivata dalla constatazione della maggiore sterilità e dei frequenti aborti nelle lavoratrici di tabacco. Tale dato statistico però è stato messo in dubbio, e mancano completamente ricerche anatomo-patologiche in proposito.

I disturbi della potenza sessuale spesso riferiti ad uso smodato di fumo, coincidono sovente con frigidità: il che fa dubitare della loro connessione con l'incriminata nicotina. È risaputo che presso gli orientali, strenui fumatori, si osservano di rado tali disturbi.

È comune credenza che gli ecclesiastici si servano del fumo per sedare la sfera sessuale: serî studiosi hanno tuttavia posto in dubbio tale opinione. Viene spesso citato il detto di Giuseppe da Copertino: « Experientia didici tabaci usum Venerem a suo munere retraere » benchè il Padre abbia soltanto inteso parlare del fiutar tabacco.

Tra i più accaniti avversari del fumo va ricordato il Bonne il quale in una sua raccolta di norme di salute introduce un capitolo intitolato: « Sullo stabilirsi di sentimenti asociali e di inclinazioni delinquenziali per avvelenamento cronico da nicotina ». La nicotina viene qui accusata persino di stimolare il fumatore a perversioni sessuali: il veleno agirebbe da un lato come stimolante delle ghiandole genitali (e ciò intanto contrasta con quanto si disse sulla eventuale azione inibitoria) e paralizzando dall'altro le attività corticali più nobili quali la critica e l'auto-controllo. Ma dove può giungere il sacro entusiasmo di un puritano, si può vedere da alcuni brani stralciati dal libro del Bonne. La nicotina condurrebbe il fumatore ad una forma mentale « di egocentrismo e di asocialità », sarebbe uno stimolo « al fanatismo » di individuo e di classe: la progressiva intossicazione dei popoli condurrebbe infine « zum Kriege unter den Völkern ». L'Oettel aggiunge argutamente che il libro non è certo un indice favorevole del livello mentale di un avversario del tabacco.

Il farmacologo, più aderente alla realtà dei fenomeni, non può riconoscere alla nicotina se non azioni di altro tipo e in ben altre dosi. Spesso i disturbi sessuali dei fumatori non hanno altra causa se non quella stessa che conduce allo smodato fumare. Il chiarimento di ciò e la corrispondente terapia sono in ogni caso compito dello psichiatra. PUDDU.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

D. MAESTRINI. *Brevi appunti sulla così detta « Legge del cuore ».* Tip. Appignani. Teramo, 1934.

W. SKALWEIT. *Konstitution und Prozess in der Schizophrenie.* — Editor G. Thieme, Lipsia.

F. PETROSELLI. *Contributo clinico allo studio dei tumori dell'angolo ponto-cerebellare.* — Tip. Unione Viterbo.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## SERVIZI IGIENICO-SANITARI

### La vigilanza sulle specialità medicinali.

Il dilagare delle specialità medicinali ha reso necessario un accurato controllo sull'attività e la composizione di prodotti, che sono spacciati talora con nomi tali da trarre in inganno o che, nei prospetti che li accompagnano, fanno credere a proprietà che in realtà non esistono. Molto opportunamente, la Direzione Generale di Sanità Pubblica ha iniziato, nel gennaio del 1932, un controllo severo su tali specialità e ne pubblica ora un primo resoconto nella Relazione del Direttore Generale al Consiglio Superiore di Sanità (1), la quale come di consueto espone una serie di numerosi dati sullo stato sanitario del Paese e sulle attività da essa svolte, nella tutela dell'igiene e della pubblica salute dell'Italia.

È opportuno che a tali esami sia data la massima pubblicità, non tanto per evitare che dette specialità siano prescritte, in quanto che col parere negativo della Direzione di Sanità esse non possono essere più smerciate, ma anche per far conoscere come anche in questo campo, l'efficace sorveglianza di detta Direzione protegge la salute ed il benessere del Paese. Anche il *Journal of american medical association* pubblica, si può dire in ogni numero, il risultato degli esami in proposito eseguiti dall'apposito commissione; anche in Olanda esiste una pubblicazione analoga.

La nostra Commissione centrale consultiva per le specialità medicinali ha anzitutto ritenuto opportuno fissare delle direttive di massima, che oltre ad agevolare l'esame dei casi singoli costituissero dei criterî fissi per un'obbiettiva ed uniforme applicazione delle disposizioni di legge.

L'adozione di tali criterî ha servito, fra l'altro, di tacito invito per le Ditte interessate a provvedere spontaneamente e preventivamente ad una parziale rettifica degli atti concernenti la rispettiva produzione. Il che non toglie che la quasi totalità dei prodotti esaminati (oltre 1000) abbia dato luogo ad osservazioni ed accertamenti, che hanno reso necessarî supplementi d'istruttoria da parte delle Ditte, mentre poche specialità sono state ritenute esenti da vizî di forma o di composizione.

Di dodici, è stata negata la registrazione.

Per talune categorie di prodotti, si è resa necessaria l'adozione di provvedimenti d'indole generale. Così è stata vietata la produzione ed il commercio dei prodotti apiolici, sia per il loro uso diretto a interrompere la gestazione, sia per il grave pericolo di intossicazioni.

Analogamente, essendosi riscontrato che la maggior parte delle preparazioni dette di olio di ricino in polvere non contiene affatto tale sostanza e che, anche nei casi in cui detto farmaco entri nella preparazione, l'azione purgativa non è dovuta all'olio (inefficace per la esigua quantità e per il processo di saponificazione subìto) ma ad altre sostanze (diagridio, scammonea, fenolftaleina, senna ecc.), si è stabilito di negare la registrazione a tutti i prodotti del genere, vietando che siano prodotte e poste in commercio polveri purgative, nella cui formula di composizione figuri l'olio di ricino e comunque designate con nomi allusivi alla presenza di tale farmaco.

Analoga disposizione d'indole generale si è adottata per la parola *siero*, stabilendosi che tale nome venga riservato al solo prodotto biologico determinato dalla separazione della parte liquida da quella proteica (*sic*) della miscela colloidale che costituisce il plasma del siero.

Tutte le soluzioni fisiologiche che impropriamente erano indicate col nome di sieri e che erano considerate come sieri artificiali, dovranno essere contraddistinte con denominazioni diverse.

Oggetto di severo controllo sono pure i prodotti opoterapici.

Con tale lavoro, si può dire che la produzione ed il commercio delle specialità medicinali siano ora avviati verso una rapida, sicura e razionale moralizzazione, il cui conseguimento è appunto fra le finalità precipue della legge. *fil.*

(1) Sui fatti e sui provvedimenti più notevoli riguardanti l'igiene e la sanità pubblica nell'anno 1932. Due vol. in-4°, di complessive pag. 704. Istituto poligrafico dello Stato, Roma, 1934.

## CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALGHERO (*Sassari*). — Scad. 40 giorni dal 12 giugno, ore 12; 2ª condotta; L. 8500 e 4 quadrienni dec., addizionale L. 5 sopra i 1000 pov.; ritenute.

AQUILA. *R. Prefettura.* — Al 10 luglio, ore 12; uff. san. di Tagliacozzo; L. 2500 annue lorde e 4 quinquenni dec.; titoli ed esami; età limite 45 a. al 25 mag.; doc. a tre mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10.

ATESSA. — (Vedere CHIETI).

BORGOFRANCO PO. — (Vedere MANTOVA).

CARBONARA PO. — (Vedere MANTOVA).

CASERTA (*Napoli*). — Scad. 10 sett.; 7° Reparto (per Casagiove); L. 9500; ritenute; 5 quadrienni dec.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

CHIAVARI (*Genova*). — Condotta urbana; proroga a ore 17 dell'1 settembre.

CHIETI. *R. Prefettura.* — Concorso, per titoli ed esami, a due posti di Ufficiale Sanitario: uno nel Comune di Francavilla a Mare con lo stipendio annuo di L. 8000 e con 5 aumenti quadriennali

del decimo, al lordo ritenute di legge e delle riduzioni secondo i decreti 20 nov. 1930, n. 1491 e 14 aprile 1934, n. 561; l'altro nel Comune di Atessa con lo stipendio annuo di L. 5000 e con 5 aumenti quadriennali del decimo, al lordo delle ritenute di legge e della riduzione di cui il R. Decreto 20 novembre 1930, n. 1491. I concorrenti — *chi intende concorrere a tutti e due i posti deve produrre distinta domanda per ciascun concorso* — devono far pervenire domanda in carta da bollo da L. 3 unitamente ai prescritti documenti (l'elenco dei quali con le rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla R. Prefettura di Chieti - Ufficio del Medico Provinciale -) non oltre le ore diciotto del 31 luglio 1934 al predetto Ufficio al quale potranno essere rivolti quegli altri chiarimenti del caso.

FERTILIA (*Napoli*). — A tutto il 20 luglio; per Casaluce; L. 9500; riduzioni; c.-v.; età limite 40 a.; servizio entro 15 giorni.

FRANCAVILLA A MARE. — (Vedere CHIETI).

LECCE. — La R. Prefettura comunica che il termine ultimo per l'accettazione delle domande di ammissione al concorso per 66 posti di ufficiale sanitario pubblicato sul Foglio Annunzi Legali della Provincia, n. 88 del 20 aprile corrente anno, è stato prorogato al 31 luglio 1934-XII.

LECCE. *Comune*. — Scad. 15 lug.; medico di reparto di 2ª Categoria; L. 9500 aumentabili, oltre L. 2500 serv. att.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; riduzioni.

MANTOVA. *R. Prefettura*. — Concorso, per titoli ed esami, al posto di Ufficiale Sanitario per il Consorzio dei Comuni di Ostiglia, Revere, Serravalle Po, Borgofranco Po, Pieve di Coriano, Carbonara Po e Sustinente, con obbligo della residenza in Ostiglia. Al posto predetto sono annessi i seguenti assegni, sui quali va fatta la riduzione del 12 % disposta col R. Decreto 20-11-1930 n. 1491 e la ulteriore riduzione prescritta col R. Decreto 14-4-1934 n. 561: *A*) Stipendio: L. 13.800 annue suscettibili di tre aumenti periodici quadriennali del decimo; *B*) Indennità di trasporto: L. 2600 con facoltà al Consorzio di soppressione totale o parziale qualora dovesse fornire direttamente i mezzi di trasporto; *C*) Diritti per prestazioni nell'interesse di privati: per gli accertamenti e rilascio di certificati che le vigenti disposizioni gli demandano, l'Ufficiale Sanitario riscuoterà — quando essi seguano nell'esclusivo interesse privato — un compenso a carico dei privati interessati, nella misura stabilita dal Prefetto. È inibito l'esercizio professionale ed è altresì fatto divieto di assumere impegni od incarichi estranei all'ufficio e di prestarsi per pareri e consulti. La domanda, insieme ai documenti prescritti dall'articolo 7 del R. D. 29 novembre 1925 n. 2266, il tutto in competente bollo e regolarmente legalizzati, e con il certificato di inscrizione al P. N. F., rilasciato, in bollo, dal Segretario Federale, dovranno pervenire alla R. Prefettura di Mantova non oltre le ore diciotto del 10 agosto 1934. Per altri chiarimenti chiedere il bando di concorso alla predetta R. Prefettura.

MANTOVA. *Comune*. — Scad. 4 sett.; medico aggiunto; titoli ed esami; L. 11.500 oltre L. 1500 indenn. carica; c.-v.; riduzioni; divieto libera professione. Chiedere avviso alla Segreteria.

OSTIGLIA. — (Vedere MANTOVA).

PADOVA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — È aperto, fino al 31 agosto 1934, concorso pubblico, per titoli ed esami, al posto di Direttore del Consorzio e del Dispensario Provinciale Antitubercolare. Stipendio iniziale L. 18.000, indennità di servizio attivo L. 3000, più il 20 % sui proventi del Dispensario. Età massima anni 45 salve le eccezioni e le protrazioni di legge e di regolamento. Chiedere il bando di concorso alla Segreteria del Consorzio, Palazzo dell'Amministrazione Provinciale, Padova.

PALERMO. *Ospedale Psichiatrico*. — Scad. 2 sett.; direttore; titoli clinico-scientifici e pratici; lire 26.600 e un quadriennio di L. 1900; riduzioni e trattenute; oltre L. 2000 serv. att., ridotte a lire 770; alloggio. Età limite 45 a. al 5 giu. Tassa L. 50. Quadriennio in manicomio o clinica psichiatrica.

PALESTRINA. *Ospedale Civile*. — Scad. 21 luglio; chirurgo direttore; L. 10.000 oltre L. 2000 resid., percentuali; ritenute.

PARMA. *R. Prefettura*. — Scad. 1° agosto, ore 17; uff. san. medico capo dell'Ufficio IV di igiene e polizia urbana del Comune di Parma; titoli ed esami; L. 15.000 oltre L. 1000 indenn. carica; riduzioni; 5 quadrienni dec.; diritti (L. 13.000 media dell'ultimo triennio) ed eventuali emolumenti; età limite 35 a.; tassa L. 50,10, al Podestà. Chiedere annunzio.

PIEVE DI CORIANO. — (Vedere MANTOVA).

REVERE. — (Vedere MANTOVA).

ROMA. *Governatorato*. — Scad. 16 luglio, ore 12; medico specialista otorinolaringoiatra a ferma permanente; L. 7600; c.-v. se dovuto; L. 500 mensili per l'Istituto per l'adenoidismo; età limite 35 a.; tassa L. 50. Chiedere condizioni. Rivolgersi Protocollo della Ripartizione 1ª.

ROMA. *Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali Riuniti*. — Scad. 30 agosto, ore 16; concorso a 16 aiuti medici. Rivolgersi alla Segreteria Generale.

ROSSANO VENETO (*Vicenza*). — A tutto il 31 luglio 1934 è aperto il concorso per titoli al posto di medico-chirurgo condotto. Documenti di rito. Popolazione abitanti 5128. Il territorio del Comune è tutto in pianura con ottime strade ed ha una estensione di Kmq. 10,66. Trattamento economico annuo: L. 8000 quale stipendio base con l'obbligo della cura gratuita fino a mille poveri; L. 300 per ogni centinaio di poveri in più; L. 600 per indennità di Ufficiale Sanitario; L. 1000 per mezzo di trasporto; supplemento di servizio attivo ed indennità di caro-viveri. Sei aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio base. Riduzione e trattenute di legge.

SAMBUCA PISTOIESE (*Pistoia*). — Scad. 10 sett.; L. 9500 e 8 trienni dec., oltre L. 3000 trasp.; L. 500 uff. san.; diminuz. 19 %; età limite 35 a.; tassa L. 50.

S. BIAGIO DI CALLALTA (*Treviso*). — Al 10 sett.; 2° reparto; L. 8000, oltre L. 3500 trasp.; riduzioni.

S. GIOVANNI IN SABINA (*Rieti*). — Scad. 15 lug.; L. 10.500 oltre L. 400 se uff. san.

SENORBÌ (*Cagliari*). — Scad. 15 lug.; per Suelli-Sisino; L. 8000 e 4 quinquenni dec. oltre L. 500 trasp.; tassa L. 50,10.

SERRAVALLE PO. — (Vedere MANTOVA).

SERRAVALLE SCRIVIA (*Alessandria*). — Concorso, per titoli, al posto di Medico Condotto. Scadenza 10 agosto 1934. Al posto suddetto è annesso lo stipendio annuo di L. 7000 al lordo delle ritenute di legge, nonchè delle riduzioni di cui ai RR. DD. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561. I concorrenti dovranno presentare entro il termine suddetto, la domanda in carta da bollo di L. 3, insieme ai documenti di rito. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Serravalle Scrivia.

SESANA (*Trieste*). — A tutto il 31 lug.; 2ª condotta consortile; L. 10.000 oltre c.-v. e 4 quinquenni dec.; per trasp. L. 2000; se uff. san. lire 1000; ritenute. Chiedere annunzio. (*Avviso diretto*).

SUSTINENTE. — (Vedere MANTOVA).

VARESE. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso al posto di Coadiutore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio annuo lordo L. 14.000. Indennità servizio attivo L. 2000. Aggiunta di famiglia come al personale dipendente dallo Stato, il tutto con le riduzioni stabilite dai RR. DD. LL. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561. Percentuale 13 % proventi analisi. Scadenza ore 18 del 28 luglio 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Provincia di Varese.

VARZO (*Novara*). — Concorso per titoli. Stipendio annuo per il servizio di Medico Condotto L. 8272 (già ridotto del 12 % e del 6 %) per l'assistenza gratuita fino a 400 poveri; L. 827,20 in più per ogni 500 o frazione di 500 poveri oltre i 400. I poveri inscritti sull'elenco attuale sono 228. Stipendio per il servizio di Ufficiale Sanitario L. 387,20 (già ridotto del 12 % e del 6 %). Indennità per mezzi di trasporto L. 1800. Caro-viveri come agli altri impiegati del Comune. La domanda, in bollo L. 3, accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con le rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 31 luglio 1934-XII.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso, per titoli ed esami, ai posti di Direttore e di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio di Igiene. Stipendio e indennità servizio attivo pel Direttore L. 19.000 + 3000, pel Coadiutore L. 17.000 + 2000; percentuale che potrà essere assegnata, come premio di operosità sul provento analisi private: pel Direttore 25 %, pel Coadiutore 10 %: il tutto soggetto alle riduzioni di cui ai RR. DD. Legge 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561 ed alle altre ritenute di legge. Sei aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio. Scadenza ore diciasette del 6 agosto 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Provinciale.

**AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.**

CONCORSI A PREMI.

La « Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale », nell'intento di promuovere e incoraggiare quegli studi sui quali ha da essere sempre più chiaramente fondata la sua opera medico-sociale, bandisce un concorso fra gli studiosi italiani sul tema: Del concetto biologico e clinico di « predisposizione alle malattie mentali », deliberando di assegnare al vincitore il premio di L. 1000.

I lavori presentati al concorso saranno giudicati da una Commissione composta dai colleghi: prof. Sante De Sanctis, prof. Ernesto Lugaro, prof. Eugenio Medea, prof. Gustavo Modena, dott. Giuseppe Vidoni.

Il lavoro premiato — per il quale è lasciata ai concorrenti ampia libertà di trattazione — verrà pubblicato nella rivista « L'Igiene Mentale ».

I lavori dovranno pervenire, in triplice copia dattilografata, non oltre la mezzanotte del 31 gennaio 1935-XIII, e dovranno essere indirizzati alla Segreteria della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale, Firenze, via Masaccio 119.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Al gr. uff. prof. Giotto Bizzarrini di Livorno è stata conferita la medaglia d'oro di benemerenza della Croce Rossa Italiana, per la vivace e proficua collaborazione da lui data all'istituzione.

Il dott. Frederick Grant Banting, scopritore dell'insulina, premio Nobel, è stato nominato cavaliere dell'Impero britannico, in occasione del 69° compleanno del Re Giorgio d'Inghilterra.

La medaglia d'oro Leslie Dana, dell'Università di St. Louis (Stati Uniti), è stata conferita al prof. de Lapersonne, presidente dell'Associazione internazionale di profilassi della cecità.

Il Principe Paolo di Jugoslavia, zio del Re Alessandro, è nominato presidente della Croce Rossa Jugoslava, quale successore del compianto prof. Marco T. Lecco.

Il prof. René Leriche, dopo aver passato due anni a Lione, dove ha iniziato il suo insegnamento universitario, è stato richiamato a Strasburgo, quale direttore di quella clinica chirurgica.

In seguito alla nuova legge germanica sulla disciplina degli impieghi, è tolto l'ordinariato al prof. S. J. Thannauser, clinico internista di Friburgo i. Br.; in sua vece è chiamato il prof. Bohnenkamp, da Giessen.

Il prof. A. Knick, di oto-rino-laringologia a Lipsia, è stato chiamato a Königsberg, quale successore di Stenger.

Il prof. G. Ewald, di psichiatria a Erlangen, è stato chiamato a Greifswald.

Il prof. W. Löhlein, di oftalmologia a Friburgo i Br., è stato chiamato a Berlino.

Il prof. Eduard Precht, di odontologia a Königsberg i. Br., è stato chiamato ad Amburgo.

Il dott. Aban C. Woods è nominato direttore dell'Istituto oftalmologico dell'Università di Baltimora, in sostituzione del prof. H. Wilmer, che si ritira col 1° luglio.

All'Università di Boston sono nominati i proff. Wilfred Overholser, di psichiatria; Louis G. Howard, di ortopedia e traumatologia; Rudolph Jacoby jr., di dermosifilografia.

## NOTIZIE DIVERSE.

**8° Congresso della società francese di oto-neuro-oftalmologia.**

La riunione progettata in un primo tempo per il 1934 e che doveva avere luogo a Barcellona, ha dovuto per motivi varî, che nè la buona volontà nè lo zelo della Società di O.-N.-O. di quella città hanno potuto sormontare, essere aggiornata. Rimane ora stabilito che la detta riunione sarà organizzata a Nizza nel periodo della Pasqua 1935.

Il tema generale posto all'ordine del giorno rimane quello scelto dall'assemblea del Congresso di Limoges: « Gli accessi del cervelletto in Oto-Neuro-Oftalmologia »: relatori i proff. Ramadier e Caussé (otologia), André-Thomas e Barré (neurologia), Velter (oftalmologia). I colleghi italiani che desiderano partecipare a questa riunione possono rivolgersi al segretario generale: dott. Augusto Tournay, 58 rue de Vaugirard, Paris (6e).

**Convegni regionali antitubercolari.**

Il convegno emiliano-romagnolo ha raccolto a Rimini oltre 300 medici; si è svolto sotto la presidenza del prof. D. Ottolenghi di Bologna. Alla seduta inaugurale il prof. E. Maragliano parlò in nome della Federazione. Furono trattati due temi: « Il pneumotorace » e « La profilassi dell'infanzia nei riguardi dell'infezione tubercolare », affidati rispettivamente ai proff. Costantini e Campani; alla discussione presero parte i proff. Maragliano, Morelli e Bocchetti. Il convegno ha chiuso i suoi lavori a Predappio.

Mentre andiamo in macchina, si tiene il convegno veneto.

**Visite universitarie a Montecatini.**

Nel mese di maggio ultimo scorso la bella città termale di Montecatini ebbe il piacere di accogliere ospiti di eccezionale importanza perchè dimostrano il sempre più vivo interessamento della classe medica alle salutari acque minerali che uno scrittore francese felicemente definisce « Fontaines de Jouvence ».

Domenica 14 del mese suddetto, ben 600 medici allievi della Scuola di Applicazione di Sanità Militare di Firenze, accompagnati dal Com.te della Scuola stessa, gen. prof. Mazzetti e da tutti gli ufficiali medici insegnanti, visitarono gli Stabilimenti termali ed industriali di Montecatini, guidati dal prof. Cesare Frugoni, direttore sanitario delle Terme, da S. E. il prof. Rondoni, dai proff. Guidi e Coleschi. Il prof. Frugoni e S. E. il prof. Rondoni tennero agli allievi due brevi ma brillantissime conferenze illustranti l'importanza dell'idroterapia.

Il giorno 27 una sessantina di allievi della Scuola di Farmacologia dell'Università di Firenze, guidati dal prof. Coronedi, e il giorno 30, altrettanti allievi dell'Istituto di Patologia Speciale Medica di Genova, guidati dal prof. Barbàra, compierono la stessa visita.

Anche il prof. Coronedi tenne una lezione con la nota sua alta competenza ed efficacia cui, non ostante la materia trattata rigorosamente scientifica, egli sa aggiungere grazia ed attrattiva.

Da anni i laureati o laureandi in medicina e farmacologia delle Università di Pisa, Firenze e Siena ed i medici allievi della Scuola di Sanità Militare di Firenze, visitano pressochè regolarmente Montecatini, contribuendo in modo efficacissimo alla formazione in Italia di una diffusa coscienza idrologica, ma l'Università di Genova per la prima volta vi invia i suoi allievi; chiaro segno che il movimento di simpatia e di fiducia verso le eterne « Fontaines de Jouvence » va sempre più estendendosi.

**Corsi di perfezionamento per ufficiali medici di marina.**

Nel prossimo anno accademico quattro ufficiali medici in S. P. E. saranno inviati agli istituti scientifici delle università del Regno per i seguenti corsi di perfezionamento: clinica chirurgica, clinica neurologica, clinica oftalmologica, clinica radiologica, corso biennale.

Potranno aspirare ai corsi predetti i maggiori medici con non più di due anni di grado ed i capitani medici che hanno sostenuto gli esami di promozione da capitano a maggiore, i quali, si trovino nelle condizioni prescritte.

**Per l'assistenza agli orfani dei medidi morti in in guerra.**

Sotto la presidenza del ten. generale medico Francesco Della Valle si è riunito il Comitato Nazionale per l'assitenza degli orfani dei medici morti in guerra.

Sono state concesse per l'anno 1934 45 borse di studio da L. 1000 a L. 2500 ciascuna e 9 sussidi da L. 1000 ciascuno.

**Una conferenza del dott. Brunn a Bari.**

Il dott. Fritz Brunn, dell'Istituto di Farmacologia della R. Università di Vienna, ha tenuto nell'aula della R. Clinica Medica dell'Università di Bari, diretta dal prof. Luigi Ferrannini, una interessante conferenza sull'edema polmonare, dimostrando, in base alle sue numerose esperienze, come non solo i fattori meccanici sono a provocare questa manifestazione morbosa, ma a questi vanno aggiunti il ricambio idrico alterato, il sistema nervoso vegetativo, la disfunzione epatica e renale.

Il folto uditorio, fra il quale vi erano quasi tutti i direttori degli Istituti scientifici e delle Cliniche universitarie, ha vivamente applaudito il conferenziere.

**Sanatorio per il Clero.**

La campagna condotta dalla Federazione fra le Associazioni del Clero in Italia per la creazione di un Sanatorio per il Clero si può dire abbia raggiunto una rapida soluzione. Alla buona iniziativa plaudirono ed inviarono offerte, tra gli altri, S. E. il Cardinale Fossati, Arcivescovo di Torino, a nome del Clero piemontese, inviando 20.000 lire. Numerose diocesi hanno inviato largo contributo. Il tutto fa sperare una sollecita realizzazione del progetto.

**Diminuzione della mortalità per tubercolosi a Roma.**

A Roma, durante il periodo 1905-1914, si avevano, ogni anno, dai 1350 ai 1450 morti per tubercolosi e cioè nella proporzione di 25 a 32 morti per 10.000 abitanti; la tubercolosi incideva profondamente sullo stato sanitario della popolazione, specie negli strati più umili. Fino al 1921 le

proporzioni erano ancora elevate, oscillando la mortalità per tubercolosi dal 23 al 31 per 10.000 abitanti.

Fu dopo quell'anno, quando l'organizzazione antitubercolare ebbe, nei dispensarî, attivi e fecondi centri di propulsione e di coordinazione, e poi negli anni successivi, quando tutte le istituzioni si affinarono, si perfezionarono ed altre forme di prevenzione e di difesa nei riguardi specialmente dell'infanzia si aggiunsero alle prime, che le statistiche andarono segnando risultati veramente confortanti.

La mortalità media del triennio 1925-1927 era già scesa a 20,65 morti su 10.000 abitanti, per poi segnare una più sensibile discesa nel triennio 1928-1930, con 15,41 morti in media per 10.000 abitanti e nel triennio 1931-1933 con una mortalità media del 14,57.

L'opera di penetrazione e di assistenza, dell'ultimo decennio, è stata generale, e si è specialmente estesa nei più bassi strati della popolazione e nei punti più periferici della città e del suburbio.

Il miglioramento delle condizioni di abitabilità, come ha portato un contributo alla diminuita mortalità generale, così pure è stato, senza dubbio, un forte alleato nella lotta contro la tubercolosi, in quanto i benefici effetti di tale lotta sono maggiormente efficaci e duraturi in un ambiente più sano ed igienico.

Ma l'organizzazione continua ad ampliarsi ed imperniata sull'ordinamento assicurativo promette realizzazioni più vaste, in rapporto all'ampiezza del problema della tubercolosi, che investe non solo il presente ma anche l'avvenire.

**Studenti stranieri in Francia.**

Il Comitato dell'Associazione corporativa degli studenti in medicina di Parigi, dopo aver studiato la situazione fatta dalla legge Ambruster agli studenti israeliti tedeschi rifugiati in Francia, ha deciso di reclamare l'applicazione del decreto Herriot del 1828 (obbligo della cittadinanza francese per ottenere il diploma di Stato di dottore in medicina), ovvero l'emanazione di un nuovo decreto analogo, e di promuovere un'azione, d'intesa con i sindacati medici e con il sen. Ambruster, perchè una legge riservi, ormai, ai soli cittadini francesi il dottorato in medicina dello Stato.

**Un po' dovunque.**

La « Settimana medica padovana » ha riunito un numero rilevante di medici, i quali, vivendo lontano dai centri di alta cultura, hanno bisogno di aggiornare le loro cognizioni scientifiche e tecniche. Essa è stata organizzata dal Sindacato Medico Fascista di Padova e specialmente dal segretario prof. Riquier. Speciale interesse ha destato una lezione tenuta in Abano — la stazione termale del Veneto — dal prof. Antonio Gasbarrini, sul tema: Le acque termominerali al servizio della Clinica.

Sotto gli auspicî dell'Accademia Medica Pistoiese si è tenuto il 27 maggio l'annunziato Convegno regionale destinato a discutere un problema di viva attualità: il virus tubercolare. Ai lavori hanno preso parte i proff. Silvestrini, Petragnani, Salvioli, Fiore, Simonini, Taddei, Raspi ed altri.

Il 5° Congresso internazionale di chirurgia si terrà al Cairo nel dicembre 1935. Tra i temi in discussione è la chirurgia delle paratiroidi. Per informazioni rivolgersi al Dr. Braisse, avenue Bugeaud 6, Paris.

Al 19° Congresso internazionale di medicina legale, adunatosi a Lilla, come pure all'inaugurazione dell'Istituto universitario di medicina legale in detta città (v. p. 960), il Governo italiano si è fatto ufficialmente rappresentare dal prof. Leone Lattes di Pavia, il quale è stato relatore al Congresso ed ha rappresentato anche l'Associazione italiana di medicina legale.

Dal 25 al 28 luglio si svolgerà ad Arnhem (Olanda) il congresso della Lega internazionale di medicina omeopatica. La lingua italiana è tra quelle ufficiali; ai congressisti italiani verrà distribuita una guida generale dell'Olanda, nella loro lingua. Rivolgersi al segretario Dr. Gerardo Bakker-Sweert, de Landastraat 52, Arnhem, Olanda.

Il 4° congresso cileno di assistenza sociale si terrà a Valparaiso dal 15 al 17 settembre.

La Società Reale di Medicina di Gand, la più antica società medica del Belgio, ha festeggiato il suo centenario il 26 e il 27 maggio. Furono fatte varie conferenze: il prof. Ludo Van Bogaert (Anversa) trattò del « Ritorno alla patologia generale »; il prof. Leriche (Strasburgo) parlò dell'« Orientamento prossimo della chirurgia »; il prof. Polak Daniels (Groninga) svolse il tema: « Nefriti e nefrosi »; il prof. Rapin (Losanna) si occupò del tema: « Incontinenza d'urina e prolasso ».

L'Associazione generale dei dentisti del Belgio ha festeggiato, il 23 giugno, il 25° anniversario della Scuola dentaria belga. Furono tenute delle conferenze dai proff. Grandeclaude e G. Villain di Parigi, Bakker di Utrecht e Korkhans di Bonn.

Il Corpo medico dell'Ospedale Italiano di Buenos Aires ha tenuto una riunione scientifica il 26 aprile, sotto la presidenza del prof. N. V. Greco, assistito dal segretario dott. A. Bigatti. Furono fatte comunicazioni da: O. F. Mazzini, G. Tengoni, P. Prian, D. Boccia, M. Bonafina, G. J. Rizzo, E. Perrini.

La R. Accademia Peloritana di Messina si è adunata il 15 marzo, sotto la presidenza del prof. G. Izar, assistito dal segretario dott. P. Magaudda. Furono fatte comunicazioni da: A. Contino, F. Battaglia, A. Pennisi, M. Sindoni.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata l'1 e l'8 giugno, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. F. Donini. Fu tenuta una conferenza da V. Romanin e furono fatte varie comunicazioni da M. Freud, dott.a L. Chiaminatto, M. Novak, I. Levi. Una comunicazione di M. Freud dette origine ad ampia discussione.

La Società Medico-Chirurgica Veronese si è adunata il 4 giugno, sotto la presidenza del dott. F. Delaini, assistito dal segretario prof. G. Zanni. Furono fatte comunicazioni da: M. Artom, O. Viana, A. Rossi.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata l'8 giugno, sotto la presidenza del prof. Fiorani Gallotta, assistito dal segretario dott. M. Bortolozzi. Furono fatte comunicazioni da: A. Dal-

la Palma, D. Calzavara, G. Bonfini, M. Bortolozzi, G. Zannier.

La Società Medica Goriziana si è adunata il 1° marzo, sotto la presidenza del prof. Bellavitis. Furono fatte due comunicazioni dal dott. Debeus.

Si sono costituite varie Sezioni della Società Italiana di Antropologia: a Napoli, Venezia, Palermo.

Si è chiuso il corso di revisione ed aggiornamento per i medici liberi esercenti, che annualmente si tiene presso la Clinica Medica della R. Università di Bari, diretta dal prof. Luigi Ferrannini.
Il dott. Nicolas Trientaphillou, medico di Rodi Egeo, a nome di tutti ha ringraziato il prof. Ferrannini, per l'opera prestata.

Nell'Istituto di psicofisica della base aerea « El Palomar » di Buenos Aires si è organizzato un corso speciale di medicina dell'aviazione, sotto la direzione del dott. Agesilao Milano.

Durante la seconda quindicina di luglio si terranno, nella Scuola medica di perfezionamento di Santander (Spagna), delle « giornate mediche » destinate all'igiene scolastica, alla puericultura ed alla pediatria.

Il prof. Lépine, decano della Facoltà medica di Lione, ha tenuto alle « Voci latine » (Sezione dell'Unione Medica Latina di Parigi) una conferenza sull'Uruguay; erano presenti molte personalità mediche.

L'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale ha riaperto, a Castellammare di Stabia, la Colonia di cure termo-minerali, a favore degli assicurati obbligatoriamente o facoltativamente per l'invalidità e la vecchiaia. La Colonia ha sede in una villa posta sulla collina di Quisisana.

Nel 1933 su 70 città della Germania superiori a 50.000 abitanti ve ne furono 63 con Centri di consultazione per gestanti (madri aspettanti): 33 ne avevano 1; nelle altre, si andava da 6 a 46 (Berlino). Si vuole ora dare molto maggiore sviluppo ai centri suddetti.

Si è organizzata a Ginevra una consultazione medica pre-nuziale, presso il dispensario « Eaux-Vives ».

Il 2 maggio si è inaugurato nel Giappone un ospedale per agenti di polizia e vigili del fuoco della prefettura di Kamagawa, ove il corpo conta 2600 unità. La fondazione è stata resa possibile da contributi volontari, cui si sono aggiunte sovvenzioni della provincia e dei municipi; l'imperatore, l'imperatrice, i principi Kan-in Kaya e Yi, i residenti stranieri, vi hanno pure contribuito con doni. Furono così raccolti più di 300.000 yen.

Il sig. Francisco Dorrego ha elargito circa 200.000 pesos a due ospedali e due asili per alienati di Montevideo.

Il Consiglio degli Istituti Ospitalieri di Milano, ripristinando antiche tradizioni, ha deliberato di dotare gli Istituti medesimi di un gonfalone d'onore, che raccolga i simboli e gli emblemi sotto cui la benefica attività di essi si è svolta nel corso dei secoli, e da recare nelle cerimonie ufficiali.

Il premio di L. 3000 assegnato al prof. Mario Bertolotti, incaricato di radiologia alla R. Università di Torino, dalla Reale Accademia d'Italia per l'opera su Alessandro Magno, è stato dallo stesso integralmente devoluto alla biblioteca della Regia Accademia Medica di Torino.

Nella Spagna entrerà presto in funzione un Consiglio tecnico nazionale per la restrizione degli stupefacenti; è così costituito: il sottosegretario per la sanità e l'assistenza pubblica, presidente; il direttore generale della sanità, vice-presidente; un consigliere di sanità; il direttore dell'Istituto tecnico di farmacobiologia; l'ispettore capo addetto alla restrizione degli stupefacenti.

Il Ministro della sanità dell'Inghilterra, in seguito a parere di una Commissione sulla mortalità e la morbosità materne, ha espresso il parere che la gravidanza debba essere interrotta nei casi di affezioni ginecologiche o di malattie generali (tubercolosi, cardiopatie, diabete, nefriti croniche ecc.), in cui la continuazione della gravidanza stessa può compromettere — a giudizio del medico — la vita o danneggiare la salute della madre.

In Inghilterra va svolgendosi una campagna per ottenere, dal Governo, l'attribuzione di una razione gratuita di latte (1/3 di pinta, ossia circa 1/5 di litro) a tutti i ragazzi delle scuole.

Per suggerimento del Segretario del Partito, il Ministero delle Corporazioni ha invitato la Confederazione professionisti ed artisti ad accogliere tra i dirigenti dei Sindacati un membro del G.U.F. il quale serva di collegamento tra anziani e giovani cresciuti nel clima storico della Rivoluzione. La Confederazione in data 25 maggio ha impartito istruzioni in merito ai suoi dirigenti.

L'« Associazione mutua dei medici degli antichi corpi combattenti » della Francia si è adunata in assemblea generale il 12 maggio a Parigi, sotto la presidenza del dott. Louis Leroux. Alla presidenza, che doveva essere rinnovata, si è chiamato il dott. Bernard Derplas. Si è posta in rilievo la necessità di una collaborazione con le formazioni similari, e di mettersi con esse alla testa di un movimento di restaurazione dell'ordine e della morale.

Risultano assolutamente infondate le voci di un'epidemia di poliomielite al Lido di Venezia. Dopo quattro casi sporadici accertati dal 18 al 22 maggio, le condizioni sanitarie del Lido sono state sempre normali, anzi ottime.

È stata dimessa dalla R. Clinica Neuropsichiatrica di Roma, dove era stata trattenuta da 45 giorni per studi e osservazioni la donna luminosa di Pirano. In un mese e mezzo i fenomeni non si sono verificati. La donna è ritornata a Pirano.

È stato arrestato a Genova il medico chirurgo dott. Ignazio Giovanni Caraccio — di anni 55, da Biolo — perchè si era appropriato di circa 440.000 lire di rendita, affidategli da una cliente, signora Cecilia Florio.

A Paraná (Argentina) durante un'amichevole partita di scherma rimaneva ucciso il dott. EMILIO ICASATTI. Dirigeva colà l'Ospedale San Martín. Fu membro del « Consiglio Deliberante » ed occupò altre cariche pubbliche. Era un chirurgo molto apprezzato.

## RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Studium*, 1 apr. — A. SALMON. Meccanismo della febbre.

*Arch. Mal. d. Reins ecc.*, gen. — L. AMBARD e al. Disturbi funzionali legati alla declorurazione. — H. CHABANNIER e C. LOBO-ONELL. Prognosi operatoria, insufficienza renale e medicazione declorurante.

*Journal A. M. A.*, 24 mar. — A. R. KINTNER e L. G. ROWNTREE. Febbre idiopatica lieve protratta. — S. J. PARLATO. Ipersensibilità alle emanazioni della mosca Trichoptera.

*Arch. internal. Med.*, mar. — C. S. KEEFER. Artrite degenerativa del ginocchio. — D. E. LICHTG. Lipoidi e malattie lipoidee. — T. B. MAGATH e G. E. BROWN. Arterite temporale.

*Arch. Méd.-Ch. de l'App. Resp.*, n. 6. — L. BINET e al. Lipopessia e lipodieresi del polmone. — A. KOMIS. Bacillemia secondo Löwenstein e allergia tubercolinica.

*Riforma Med.*, 24 mar. — U. SIMONELLI. Determinazione spettrofotometrica degli aminoacidi nel sangue.

*Journ. Méd. Franç.*, mar. — Numero sulle sindromi para-basedowiane.

*Münch. Med. Woch.*, 6 apr. — F. LANGE e I. DONOMAE. Proprietà delle arterie sane e malate. — H. PÄSSLER. Tosse convulsivante epidemica simile alla tosse convulsa.

*Cl. Med. Ital.*, feb. — L. BARGI. Stenosi aortiche dell'arco. — O. DA RIN. Influenza della splenocontrazione sulla funzionalità esterna del pancreas.

*Presse Méd.*, 7 apr. — L. RIBADEAU DUMAS. Sindrome coleriforme nella prima infanzia. — A. GISMONDI. Contagio della tbc.

*Paris Méd.*, 7 apr. — Numero di gastro-enterologia.

*Brit. Med. Journ.*, 7 apr. — R. S. STATHAM. Trattam. della blenorragia femmin. con mercurocromo.

*Journal A. M. A.*, 31 mar. — Numero sugli ospedali.

*Mediz. Klinik*, 6 apr. — W. TRENDELENBURG. Metodica e teoria dell'elettrocardiogramma. — J. MEINERZ. Dietetica negli ospedali.

*Acta Med. Scand.*, V-VI. — K. OVERGAARD. Gastrite dell'antro. — A. PELROTH. Asma allergico e costituzione. — B. DAHL. L'acidità gastrica nei cancerosi.

*Ann. de Méd.*, apr. — G. CAUSSADE e A. TARDIEU. Cardiopatie e tbc. polm. — J. DANIEL. Il fattore epato-biliare nella genesi dell'ipertensione.

*Wien. Klin. Woch.*, 13 apr. — W. LAWES e F. SPATH. Sterilizzazione umana. — H. DIMMEL e F. PREISZ. Agranulocitosi.

*Gaz. d. Hôp.*, 11 apr. — L. ANDRÉ. Malarioterapia e nuove nozioni sulla malaria.

*Revue Neurol.*, mar. — G. MARINESCO e al. Aracnoidite spinale.

*Münch. Med. Woch.*, 14 apr. — W. ERCKLENTZ. Glicemia costituzionale spontanea. — H. SCHLECHT. Trattam. dell'obesità.

*Presse Méd.*, 11 apr. — P. CHEVALLIER e A. FCHRES. Cellulite torpida a nappa nella regione addomino-inguinale. — P. JACQUET. Appendicite cronica a forma enteralgica.

*Arch. per le Sc. Med.*, mar. — M. SIGON. Mononucleosi infettiva di tipo leucemoide.

*Sperimentale*, feb. — F. NERI. Ricerca del colibacillo nelle acque.

*Mediz. Welt*, 14 apr. — Numero sulle vitamine e la nutrizione.

*Deut. Med. Woch.*, 13 apr. — Numero sulla biologia dell'eredità, sulle vitamine e la nutrizione.

*Amer. Journ. Med. Sc.*, apr. — E. P. JOSLIN e al. Studi sul diabete. — S. SCHWARTZ e al. Fibrillazione auricolare transitoria. — P. D. CLIMM e J. W. STRAYER. Terapia vitaminica della tbc. — M. M. STRUMIA. Crema di leucociti nel trattam. delle neutropenie.

---

## Indice alfabetico per materie.



---



C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI — Roma, 9 Luglio 1934 - XII — Num. 27


# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma


## SOMMARIO.



## RIVISTE SINTETICHE.

### Direttive moderne nella terapia delle nefropatie


per il dott. VITTORIO SERRA,
libero docente, Roma.


Le nostre conoscenze sul meccanismo patogenetico delle nefropatie hanno molto progredito grazie soprattutto allo sviluppo progressivamente raggiunto dallo studio della fisicochimica delle cellule viventi; la teoria delle « infezioni focali » ha d'altra parte contribuito a illuminare un lato della loro molteplice etiologia, mentre la complessa sintomatologia torna ogni tanto ad essere impastata e riordinata con abili mani, cosicchè si può dire che non passi anno senza che la letteratura medica non offra qualche nuovo tentativo, più o meno felice, di classificazione e di interpretazione.

La terapia ha risentito anch'essa di tali progressi ma in misura relativamente più modesta, costretta come è stata a districarsi faticosamente da alcuni principii generali che, sebbene in contrasto con le attuali nostre conoscenze, pure in parte l'impastoiano ancora.

Così radicato è stato per anni il concetto che il rene malato dovesse essere curato col latte e coll'astensione delle albumine, che ancora oggi esso è applicato senza discernimento, malgrado ogni evidenza contraria, e nonostante che moltissime voci si siano levate ad ammonire i medici anche su questo punto. Questa mia nota di terapia dietetica e medicamentosa si propone appunto di tornare su questo argomento in forma assolutamente pratica; essa si ispira a lavori usciti assai recentemente all'estero, i quali, pur non portando che delle novità di dettaglio, ribadiscono però quelle grandi linee di direttiva che molti oggi non conoscono ancora.

*La glomerulo-nefrite acuta.* — Il nefritico acuto deve essere tenuto in assoluto riposo, a letto e ben caldo.

La cura è essenzialmente dietetica e si ispira al concetto del « riposo dell'organo »; è appunto in base a questo concetto che non si deve più ricorrere alla dieta lattea esclusiva, come fino a qualche tempo fa era considerato logico e giusto di fare e come ancora si fa da molti medici, anche nelle grandi città.

Associare necessariamente il concetto di nefrite a quello di dieta lattea significa, come argutamente osserva l'Ide, « appartenere ancora al secolo passato »; e questo è un po' troppo per il 1934!

Basta infatti pensare che una dieta lattea esclusiva, per essere sufficiente alla nutrizione di un adulto deve raggiungere i tre o i quattro litri al giorno, il che corrisponde ad una notevole quantità di acqua, di cloruro di sodio (gr. 4,8-6,4) e di albumine (gr. 90-120); ciò significa che, somministrando il latte, si danno appunto quei sali e quelle sostanze azotate che ci proponiamo di evitare. Codesto concetto è ormai accettato da tutti gli AA. ma non è sufficientemente diffuso nella pratica, dove non è raro osservare malati posti a solo latte in seguito all'accertamento, o al sospetto, di una nefrite acuta.

Il concetto del riposo funzionale ha trovato la sua espressione più accentuata nella cosiddetta dieta della fame e della sete; questo regime di assoluto digiuno è certamente di estrema utilità per il rene ammalato e il Lichtwitz dichiara senz'altro che ci sarebbe un minor numero di nefriti croniche se essa entrasse una buona volta nella pratica corrente. In realtà la fame, e soprattutto la sete, spaventano i malati e i loro parenti, rendendo « impopolare » questo regime; tuttavia i nefritici sopportano la sete meglio di molti altri malati (per es. dei perforati gastrici), e d'altra parte si può ricorrere a molti mezzi per combattere l'arsura; accurata pulizia della bocca, gargarismi frequenti che umettino la mucosa orale, divieto ad altri di bere in presenza dei malati. Se i malati vomitano, o sudano abbondantemente o hanno diarrea, o se il senso di sete diviene intollerabile si concederanno dei piccoli pezzi di ghiaccio ben lavato, qualche sorso di the ghiacciato, o si praticherà una rettoclisi permanente a goccia. Durante una simile dieta si sorveglieranno attentamente le urine, per sorprendere la comparsa di acetone, e si controllerà l'azotemia; con tali precauzioni, la dieta potrà essere prolungata senza pericolo anche per sette giorni.

In pratica non si ricorre di solito a questo regime estremo e ci si contenta di porre il malato, per i primi giorni, ad una dieta liquida, composta esclusivamente di limonate, aranciate o the di tiglio e succo di frutta; si possono aggiungere delle frutta crude o cotte, il tutto abbondantemente zuccherato. Si possono anche dare pappe di farina e biscotti senza sale; nei casi leggeri si concede anche una piccola dose di latte, non oltre i 250 gr. al giorno; e Lichtwitz aggiunge anche due rossi d'uovo con l'aiuto dei quali è permesso di ottenere, dagli alimenti concessi, una nutrizione variata e gradevole. Lo zucchero va dato largamente e contribuisce a completare il coefficiente calorico della dieta; nei casi di disgusto o di intolleranza per lo zucchero comune si può ricorrere al levulosio o al maltosio.

Questo primo tipo di dieta non viene generalmente protratto oltre i dieci giorni dopo i quali cede il posto ad un'alimentazione più ricca che comprende patate, alcuni tipi di verdura (radici, spinaci, cavolfiore) e pane cotto senza sale; in quanto a questo, sarà concesso in piccole dose, intorno ai due grammi al dì e dato direttamente al malato che lo distribuirà secondo i suoi gusti. La somministrazione dei liquidi si fa più generosa, giungendo sino a 1000-1200 cc. al dì (limonate, aranciate, the, caffè, cacao, cioccolato), tenendo però conto che il caffè va evitato quando si somministrano diuretici del gruppo purinico (diuretina, ecc.), perchè ne diminuisce l'efficacia.

Quando gli edemi siano scomparsi, l'albuminuria discesa al disotto dell'1 % e la pressione e l'azotemia tornati verso la norma, si può ricominciare colla dieta carnea; la distinzione tra carne rossa e bianca, così cara ai profani, è ormai superata (Lichtwitz, Volhard) anzitutto perchè non è dimostrato che le sostanze estrattive, di cui la carne rossa sembra più ricca e la bianca più povera, siano realmente irritanti per il rene; inoltre perchè ha grande importanza il modo di preparazione di questa carne, giacchè la carne lessa cede le sue sostanze estrattive al brodo, mentre quella arrostita le conserva. Si consiglierà dunque di preferenza la carne lessa (meglio la selvaggina e il pesce) ma non superando i 100 gr. al giorno, e si eviterà la carne arrostita; sono ugualmente proibite le carni insaccate, il prosciutto, ecc. per l'alto contenuto in sali ed aromi, e gli organi interni (come rene, fegato, cervello, ecc.) perchè ricchi di purine; così pure il pepe, le mostarde, le spezie in genere.

Le uova si possono dare ma preferibilmente cotte, poichè sembra che l'albumina cruda passi più facilmente nelle urine; se ne daranno da due a quattro al giorno.

Le verdure e i legumi saranno concessi, ma cotti nell'acqua e dopo aver gettato via la prima acqua di cottura ricca di sale; saranno conditi con olio crudo o limone; permessa l'insalata cruda condita con olio e aceto; concessi anche i vegetali ricchi di acido ossalico, come gli spinaci e i pomodori; anche gli asparagi si possono dare liberamente (Lichtwitz, Ide). Il latte può salire sino a un litro al giorno; è permesso l'uso dei formaggi freschi (sino a 100 gr. al dì) e del latte acido (2-500 gr. al dì): si può dare anche la panna che è tre volte più ricca di calorie del latte; sono invece proibiti i formaggi molto grassi o fermentati.

Come si vede la dietetica del nefritico acuto diventa sempre più varia; cosicchè in ultima analisi « dipende dall'esperienza del medico e dall'abilità di chi assiste il malato se il periodo della nefrite sarà per questo associato a limitazioni dolorose e a desiderii non realizzabili o non piuttosto ad un'alimentazione variata e di buon sapore che mantiene alto il morale e affretta la guarigione » (Lichtwitz).

Una terapia medica vera e propria non esi-

ste; le cure diaforetiche sono cadute in discredito e tutte le medicine, compresi i diuretici, vanno assolutamente vietate, perchè la loro azione non è compatibile con il riposo dell'organo. Questo indirizzo terapeutico data già da tempo ma sinora nessun rimedio nuovo è riuscito a togliergli quelli che il Martini chiama i suoi facili allori ».

Si daranno solo dei purganti blandi (olio di ricino, acque amare) se l'alvo non è regolare e si faranno applicazioni calde (dalle borse agli impacchi alla Priessnitz) sulle regioni lombari se vi è dolore.

*L'ematuria*, sintoma costante e talvolta imponente, non ha indicazioni terapeutiche; è molto dubbio se i varii mezzi antiemorragici attualmente a nostra disposizione siano capaci di esercitare una qualsiasi influenza sull'emorragia glomerulare; ad ogni modo la somministrazione di sali di calcio per bocca non può essere dannosa.

*L'anuria* esige l'astensione completa dal cibo e dalle bevande anche per più giorni; i diuretici vanno rigorosamente esclusi; e ci si asterrà da ogni tentativo di forzare il blocco renale con l'ingestione rapida di una forte quantità di liquidi (colpo di ariete secondo Volhard).

Nelle forme idropigene, quando si sospetti un rigonfiamento edematoso o congestizio del rene, è utile praticare un salasso, di almeno 500 grammi, usando non un ago ma una lancetta in modo che il sangue esca rapidamente; si praticheranno poi delle fleboclisi con liquido di Ringer o soluzioni glucosate al 7 %, sino a 700 cc. Nelle forme tossiche Osman consiglia l'uso di sostanze alcaline (bicarbonato di sodio e citrato di sodio anagr. 2) per bocca, per il retto o per via endovenosa, ogni una, due ore, sino ad ottenere la ripresa della diuresi; l'uso di queste sostanze va poi smesso gradatamente e non di colpo.

Una soluzione alcalina che si presta nella pratica è quella consigliata da Magnus-Levy il quale aggiunge 40 gr. di bicarbonato di sodio a 800 gr. di acqua, sterilizza, aggiunge anidride carbonica per compensare le perdite verificatesi durante la sterilizzazione; d'altra parte aggiunge 50 gr. di Destrosio a 200 gr. di acqua e sterilizza; unisce le due soluzioni al momento dell'uso.

Si possono tentare anche energici mezzi di riscaldamento delle regioni lombari, magari con applicazioni diatermiche, applicare ventose o mignatte per agire per via riflessa sulla irrorazione renale; si può infine tentare l'irradiazione delle regioni lombari.

Un altro tentativo è rappresentato dall'anestesia delle regioni paravertebrali (dalla XI dorsale alla II lombare) con 10 cc. di soluzione di novocaina da un quarto al mezzo per cento.

Solo quando tutti questi tentativi medici siano falliti è giustificato ricorrere alla decapsulazione; l'indicazione all'intervento è data dalle condizioni del sistema nervoso centrale; infatti se il sensorio si mantiene integro, se i riflessi non si esaltano, se non v'è Babinsky, si può attendere; l'impiego del chirurgo deve restare quindi rarissimo (Lichtwitz).

La *pseudouremia eclamptica* si annuncia come è noto colla cefalea, la nausea, il vomito, l'amento degli edemi, l'elevazione della pressione arteriosa, l'ipereccitabilità neurotendinea, il segno di Babinsky; in queste condizioni il medico ha tutto un piano di interventi attivi da attuare:

1) *Il salasso*: per praticarlo basta, nella maggioranza dei casi, usare una grossa cannula paraffinata, senza ricorrere al taglio della vena; la sottrazione di sangue non deve superare i 400-500 cc. di sangue; se necessario, è preferibile piuttosto ripetere il salasso magari lo stesso giorno: esso agisce alleggerendo il circolo e forse modificando la distribuzione della massa circolante.

2) *La puntura lombare* va praticata di preferenza col malato in posizione laterale; si misuri attentamente la pressione del liquor, per non esercitare una decompressione troppo forte se questa è inizialmente molto elevata e togliere solo 5 o 10 cc. se è già bassa.

Le cure mediche consistono nella somministrazione di Idrato di Cloralio per clistere (1-2 gr. di una soluzione mucillaginosa al 10 %), o di luminal sodico (in soluzione al 20 % per via intramuscolare) o di Adalin (0,5-1 gr. per bocca) o di bromuro di sodio; Fleckseder consiglia anche le iniezioni endovenose di soluzioni glucosate ipertoniche (10-20 cc. al 30-50 %) o di cloruro di calcio al 10 %; Cramer raccomanda la somministrazione di solfato di magnesio o per bocca o per clistere o per via intramuscolare, usando allora la soluzione al 25% nella dose di 2 cc. per kg. di peso.

Solo quando tutti questi mezzi siano falliti, si può intervenire colle decapsulazione dei reni.

Il malato deve essere tenuto in ambiente perfettamente tranquillo, poco illuminato, lontano da ogni stimolo e sotto una sorveglianza continua.

*La nefrosi. - La terapia dell'edema renale.* — La cura dell'edema renale si indirizza a due concetti fondamentali: dare all'edema il minor alimento possibile e favorire l'eliminazione dei liquidi: il primo scopo si raggiunge colla dieta, il secondo con misure medicamentose e fisiche.

*Dieta.* La dieta ideale per combattere l'edema renale è quella della fame e della sete, così come l'abbiamo descritta a proposito dell nefrite acuta; soprattutto nei bambini si ottiene con essa un aumento della diuresi con diminuzione degli edemi e una diminuzione anche della « tendenza agli edemi » (Schiff). Da questa prima strettissima dieta si passa dopo qualche giorno ad una seconda che sia po-

vera di albumina di acqua e di sale e che si compone essenzialmente di zucchero, di farine, di riso, di frutta, di latte (sino a 250 gr. al dì), di latticini freschi, di burro ben lavato e di olio crudo; si può aggiungere anche qualche rosso d'uovo; i liquidi saranno concessi in misura strettamente proporzionale a quella delle urine emesse: solo nel periodo di eliminazione degli edemi, quando la diuresi è in piena ripresa, se la quantità dei liquidi può superare del 20-30 % quella delle urine.

Il problema del sale è di grande importanza pratica; la sua mancanza assoluta a lungo andare diventa intollerabile, sebbene l'impiego di altri stimolanti del gusto (pomodori, cipolle, succo di limone, aceto, prezzemolo, formaggio parmigiano a piccole dosi) possa in parte sostituirlo; l'impiego dei « sali artificiali » è inutile e può anche essere dannoso: basta pensare, osserva il Lichtwitz, che si tratta in genere dei sali alcalini e alcaloterrosi di acidi organici che si scindono in urea (quantità trascurabile) e bicarbonato di sodio; siccome il potere di eliminazione per il bicarbonato di sodio è diminuita nei reni ammalati, si ha ritenzione di questo sale e una deviazione dell'equilibrio acido-basico verso l'alcalosi che, non meno della introduzione dei cloruri, favorisce la ritenzione dei liquidi (vedi anche Lyon).

Cominciando a concedere il sale (1-2 gr. al giorno) è preferibile darlo direttamente al malato che lo distribuirà secondo i suoi gusti.

La carne è concessa oggi più liberamente che in passato e non si ha più tanto timore della comparsa di albumina nelle urine; le conoscenze attuali sul significato della ipoproteinemia nella genesi degli edemi e l'affermarsi del concetto che albuminuria vuol dire « perdita di albumina » per l'organismo, hanno permesso di stabilire che l'astensione assoluta della carne è irrazionale e quindi ingiustificata; nella nefrosi lipoidea, in cui gli edemi sono imponenti e l'albuminuria massiva, una dieta ricca di albumine è strettamente indicata, onde compensare le perdite che giornalmente si verificano attraverso il rene; questi malati perciò non solo possono ma devono essere alimentati (Frugoni).

La distinzione tra carne rossa e bianca, come si è detto, è anche essa ormai superata, pur dovendosi preferire la seconda perchè abbisogna di meno sale per la preparazione; essa sarà somministrata di preferenza arrostita o lessa. Per il resto valgono quelle stesse norme che si son ricordate per la nefrite acuta; le carni salate o ricche di aromi vanno evitate, e così le conserve, le mostarde, il pepe, ecc. Le verdure sono concesse, cotte o crude; la prima acqua di lavaggio ricca di sale va gettata; i grassi sono concessi, ma meglio crudi e, se si tratta di burro, dopo prolungato lavaggio.

*Terapia fisica.* — Il riposo assoluto a letto, la posizione sollevata degli arti e il massaggio sono i più sempici mezzi di terapia fisica; il massaggio di per sè è inefficace ma riesce gradito ai malati; ad ogni modo deve essere fatto leggermente e ad intervalli regolari (non più di due volte alla settimana) perchè talora, dopo il massaggio, si è vista crescere l'albuminuria.

Il salasso non ha alcun effetto sulla diuresi del nefrotico.

Giovano invece tutte le cure che, determinando un riscaldamento della cute, attivano la sudorazione e modificano il circolo cutaneo, probabilmente influenzando, attraverso questo, anche quello renale.

Tuttavia i mezzi diaforetici non vanno prescritti che con prudenza ed attuati con precauzione (Lichtwitz); anzi alcuni AA. (Christian) sono loro decisamente contrarii perchè li ritengono debilitanti e poco utili.

A scopo diaforetico non si userà mai l'aspirina che è fortemente irritante per il rene ma si ricorrerà di preferenza ai bagni che sono indicati quando la fase di accrescimento dell'edema è ormai superato; si farà un bagno al giorno o ogni due giorni; la temperatura iniziale del bagno deve essere di 35-37 gradi e salire con prudenza e gradatamente sino a 40 e 42; il bagno durerà da un quarto a mezz'ora; durante questo tempo l'aria deve circolare nell'ambiente, il malato avrà sul capo una borsa di ghiaccio e gli saranno somministrate delle bevande (limonate, aranciate ecc.): dopo il bagno l'ammalato sarà avvolto in panni caldi, asciugato bene, strofinato con l'alcool e posto in un letto riscaldato. L'introduzione di liquidi durante il bagno ha la massima importanza perchè impedisce che si verifichi una « ispissatio sanguinis », con aumento della concentrazione dell'azoto e relativo pericolo di uremia.

*I diuretici.* — Il primo diuretico è l'*acqua;* tuttavia l'uso del « colpo d'acqua » consigliato da Volhard e destinato a sbloccare i glomeruli non incontra le simpatie del Lichtwitz che lo limita a casi rarissimi (persistenza tenace degli edemi nelle glomerulonefriti acute) e anche allora non dà più di 750 gr. di acqua semplice, tenendo il malato in assoluto riposo; anche le cure termali di acque minerali che molti medici consigliano ancora per la cura degli edemi sono inefficaci e possono riuscire pericolose, per il sovraccarico di funzione.

*L'urea.* — Essa agisce probabilmente per un meccanismo renale e deve essere data a dosi alte (fino a 100 gr. al giorno secondo Lichtwitz), naturalmente quando il tasso azotemico non sia aumentato; essa è perciò particolarmente indicata nelle nefrosi.

*Sali di potassio.* — I più usati sono il cloruro di potassio (Becker) e l'acetato; per quest'ultimo il Lichtwitz propone la seguente formula:

| | |
|---|---|
| Liq. acet. potassio | gr. 30-50 |
| Acqua distillata fino a | gr. 200 |

1 cucchiaio ogni 2 ore.

*Sali di sodio.* — Per quanto il loro impiego possa sembrare controindicato o addirittura paradossale, pure la somministrazione per via endovenosa di 10 cc. di cloruro di sodio al 10 % ha dato buoni risultati al Lichtwitz ; anche la fleboclisi con 500 cc. di una soluzione di soda al 5 % si è dimostrata capace di promuovere la diuresi in un caso di anuria d'origine tossica, da lui osservato.

*Sali di ammonio.* — Questi sali, ad azione acidotica, si dimostrano particolarmente utili per preparare la via ai diuretici mercuriali; i sali più usati sono il cloruro di ammonio (5-10 gr. al giorno) da somministrarsi in capsule, dopo i pasti o in soluzione al 10-20 % che ha però cattivo sapore: e il nitrato d'ammonio (Binger e Keith); questi sali sono da somministrarsi con molta prudenza se esiste stipsi, potendo in tal caso dare gravi disturbi (metemoglobinemia).

*La gomma.* — Partendo dal concetto che la ipoproteinemia costituisca un fattore di grande importanza nella genesi dell'edema, Lichtwitz ha iniettato per via endovenosa soluzioni gommose (500 cc. di soluzione gommosa al 0,5 % addizionata a gomma nella proporzione del sette per 100) ed ha ottenuto buoni risultati; analoghi successi ha avuto il Lyon mentre altri AA. (East) non ne hanno tratto alcun vantaggio.

*La digitale.* — Si sa oggi che la digitale a piccole dosi dilata i vasi renali (Lyon) mentre le alte dosi possono provocare fenomeni di blocco (Edens); del resto l'azione diuretica della digitale si esplica sopratutto quando gli edemi siano di origine cardiaca, il che suole verificarsi nelle forme di nefrite cronica con debolezza del miocardio (*v. appresso*).

*La scilla.* — È un buon diuretico; la si può somministrare per iniezione o a gocce (Scillaren Sandoz) o sotto forma di infuso; il Lichtwitz raccomanda la formula seguente:

| | |
|---|---|
| Liquore di acetato di potasso | gr. 30 |
| Urea purissima | gr. 50 |
| Ossimed. Scilla | gr. 10-20 |
| Tartaro depurato | gr. 15 |
| Acqua | sino a gr. 200 |

1 cucchiaio ogni due ore.

*Gruppo purinico.* — La diuretina: perchè questo composto di teobromina e salicilato di sodio svolga un'azione diuretica è necessario che sia somministrato a dosi alte, di quattro grammi al giorno, possibilmente dando un grammo all'ora per quattro ore di seguito (Lichtwitz) per pochi giorni; le piccole dosi, che Strauss consiglia, e che sono appunto più seguite in pratica, tra i 1,50 e i 2 gr. sono del tutto inefficaci; del resto la diuretina, come tutti gli altri derivati appartenenti al gruppo purinico (teofillina, teocina ecc.), disturba facilmente lo stomaco e l'appetito; essi vanno rigorosamente vietati nelle forme di nefrite acuta, specie se l'ematuria è marcata (così anche Lyon).

*I diuretici mercuriali.* — Sono ormai molti anni che i varî diuretici mercuriali (Salyrgan, Neptal, Novasurol, Tachidrolo ecc.) si sono decisamente affermati nella terapia degli edemi.

Il loro campo classico di impiego è rappresentato dalle forme nefrotiche; nelle nefriti acute sono controindicati, nelle croniche possono essere dati, cominciando però con dosi pari a un quarto di quella normale.

Possono esser dati per via intramuscolare ma sono più efficaci per quella endovenosa; il Salyrgan è il meno tossico (Maxwell, Norton ecc.); tuttavia anche durante il suo uso è dovere del medico di controllare le condizioni della bocca (pulizia accurata dei denti, asportazione del tartaro, colluttorî), del rene (aumento dell'azotemia, comparsa di ematuria) e dell'apparato digerente, ricordando in proposito che la diarrea è un sintoma di intolleranza e che la stipsi la favorisce; quest'ultima dunque, se abituale, può rappresentare una controindicazione all'impiego dei diuretici mercuriali.

In linea generale la comparsa di fenomeni tossici non è da temersi sino a che la loro azione diuretica si mantenga abbondante.

A rinforzare codesta azione si possono somministrare per 5 o 6 giorni prima, dei sali di ammonio, nelle dosi prima ricordate; le iniezioni non saranno mai fatte tutti i giorni ma si lasceranno passare dalle pause di riposo che, secondo il Lichtwitz, devono essere di almeno tre giorni dalla fine della diuresi abbondante, in modo da assicurare al rene il necessario riposo.

Si può anche aggiungere del solfato di magnesia al 50 % da iniettare per via endovenosa intramuscolare con l'aggiunta di 2 cc. di novocaina al 2 %, altri (Fleckseder, Benger) aggiungono al Salyrgan la somministrazione di un prodotto opoterapico biliare, la Decholin, forse partendo dal concetto di Hartl, che questi preparati esplichino la loro azione diuretica appunto perchè si legano alla bile; ma questa ipotesi, che sembrava avvalorata dal meraviglioso effetto ottenuto con la iniezione dei diuretici direttamente nel cavo peritoneale dei cirrotici (v. la nota del Gerbi) sembra contraddetta dalle più recenti osservazioni del Braulke che avrebbe ottenuto

un effetto non minore iniettando in caso di trasudato pleurico, i diuretici direttamente nel cavo della pleura.

*Preparati ormonici.* — L'impiego della Tiroidina come diuretico è molto diffuso, particolarmente negli edemi di origine nefrotica; tuttavia il suo uso deve essere attentamente controllato (comparsa di tachicardia, tremori, agitazione, diarrea ecc.), dato anche la insufficiente esattezza di dosaggio dei varî prodotti in commercio.

Gli estratti di paratiroide sono stati usati a scopo diuretico specialmente dagli Americani, ma anzitutto i risultati sono incostanti (Mac Cann è favorevole, Lyon decisamente contrario); inoltre i preparati veramente efficaci (Collip) sono molto costosi e si trovano in commercio con difficoltà.

Quando tutti i mezzi medici si sono dimostrati incapaci di eliminare gli edemi è giustificato ricorrere allo svuotamento meccanico; in caso di trasudati la toracentesi e la paracentesi sono doppiamente utili, perchè mentre alleggeriscono l'edema renale eliminando le raccolte sierose, stimolano indirettamente la ripresa della diuresi. In quanto agli edemi della cute si può ricorrere all'impiego dei noti trequarti del Southey, sottilissimi (diametro da 2 a 2,5 mm.) con aperture laterali, da infiggersi nella cute, mentre un tubicino di gomma li tiene in comunicazione con un recipiente che contenga una soluzione borica al 3 %; i trequarti sono fissati alla cute, accuratamente disinfettata, mediante piccole striscie di pflaster; possono essere tenuti fissi a lungo, sino a 24 ore, e permettono in tal modo l'eliminazione di imponenti quantità di liquido; il principale pericolo è rappresentato dalla infezione e il medico che vi ricorre dovrà tenerlo bene a mente.

Nelle nefrosi di origine sifilitica, quelle cioè che, malgrado le cure o per l'assenza di cure accompagnano il periodo secondario dell'infezione luetica, accanto alle solite regole medicamentose e dietetiche occorre praticare, con prudenza, una cura specifica. Il Lichtwitz consiglia il Neosalvarsan, iniziando la serie con la prima dose o con una frazione di questa e salendo poi non oltre la quarta; la cura va poi proseguita con altri preparati, il bismuto piuttosto che il mercurio. Ortali consiglia invece vivamente il mercurio (benzoato) da praticarsi in cicli di quindici giorni, con iniezioni giornaliere di ctg. 1-1,5; nelle pause egli consiglia lo ioduro di potassio, che secondo il Lichtwitz, sarebbe invece superfluo.

Il Fleckeseder consiglia di usare il mercurio e il bismuto e aggiunge lo ioduro di sodio come diuretico. « La speranza della specificità — dice il Bernard — deve superare il timore della impermeabilità ».

*Le nefriti croniche.* — La cura di un nefritico cronico deve da un lato tener conto della nefropatia in sè e per sè e dall'altro delle condizioni del sistema circolatorio.

Il primo lato della questione ha carattere semplicemente dietetico, il secondo medicamentoso.

*La dieta.* — Essa varia a seconda che il compenso renale sia o no soddisfacente; cominciamo dalla prima eventualità. Le vedute terapeutiche sono ormai molto cambiate in questo campo; se è giusto infatti togliere o limitare il sale e la carne ad un malato acuto, non si può far lo stesso con un malato che non guarirà più per tutta la vita, senza contare che queste limitazioni, a lungo andare, determinano dei danni non trascurabili; infatti la dieta vegetariana prolungata è anemizzante (Ide), insufficiente e inutile (Castaigne), la ipocloremia può elevare il tasso dell'azoto circolante (Blum), il mantenimento di un simile rigore dietetico incontra mille difficoltà pratiche e infine « ultimo dato da me non il meno importante » non si è ottenuto in tal modo alcun risultato incoraggiante. Già Naunynn si lamentava che i più stretti rigori non portassero a sensibili vantaggi; e aggiungeva che non si sentiva il coraggio di « imporre ai malati degli anni di penitenza ».

In un recente lavoro, un A. americano, l'Aldrich, conferma che, dopo aver tenuto per lungo tempo quaranta ragazzi sofferenti per nefrite cronica, ad una dieta povera di albumina e di sale, giunse ad un momento in cui « i medici, le infermiere e i malati avevano perso il coraggio di andare avanti (*had no more heart to the job*) »; onde iniziò un regime di dieta più generosa, che si dimostrò assai migliore. Il Volhard giunge a dire che i nefritici cronici con compenso renale debbono essere tenuti ad un vitto « uguale » a quello dei sani; il Lichtwitz ritiene eccessivo questo ottimismo, ma tuttavia insiste vivamente sulla necessità di una maggiore liberalità della scelta degli alimenti.

La carne e il sale saranno dunque permessi, in media 100 gr. di albumina e 10 di sale; le urine devono contenere nelle ventiquattro ore dal 10 al 12 % di cloruri e dal 12 al 14 % di urea. Le carni salate e insaccate, gli aromi, gli intingoli e l'alcool saranno evitati.

Si daranno invece largamente farine, frutta, verdura, latte e zucchero; Aldrich e Boyler insistono sulla somministrazione di vitamine sotto forma di olio di fegato di merluzzo, di succo d'arancio, di verdure cotte e crude.

Libera la scelta di liquidi tra l'acqua semplice, le limonate, le aranciate e il the leggero; si possono concedere anche due dita di vino o un po' di birra; ad ogni modo la quantità totale giornaliera dei liquidi non deve essere molto elevata, tenendo conto che questi malati hanno tendenza all'ipertensione e ai disturbi di circolo. Se le tonsille sono ammalate e la loro flogosi continua o per lo meno fre-

quente, conviene procedere al loro allontanamento, avendo però chiaro in mente che non si può chiedere all'operazione la « restitutio ad integrum » del rene, ma solo l'eliminazione delle cause di riacutizzazione del processo ormai cronicizzato. « Allontanamento dei foci infettivi, sì — dice il Christian — ma non un'ablazione senza discernimento di denti e di tonsille ».

Quando l'azotemia si elevi e si stabilisca il quadro della insufficienza renale (il quadro della uremia cronica vera) il riposo a letto torna ad essere necessario e la dieta severa.

Disgraziatamente quando noi abbiamo messo questi malati ad un'alimentazione ricca di idrati di carbonio e di grasso (1) abbiamo fatto press'a poco tutto quello che possiamo per loro; per il resto dobbiamo contentarci di una terapia puramente sintomatica, talora inefficace; per la cefalea, ghiaccio e, in casi di estrema violenza, la puntura lombare; per il vomito, la pulizia accurata della bocca, la somministrazione di piccoli pezzi di ghiaccio, o addirittura il lavaggio gastrico con acqua semplice o the di camomilla, l'atropina (un milligrammo e mezzo al giorno) l'acqua cloroformica, la cocaina all'1 %, la percaina al 5 %, le iniezioni di morfina; se l'iperazotemia si accompagna ad ipocloremia (in malati tenuti da tempo a vitto senza sale) si facciano ipodermoclisi di cloruro di sodio all'8 %, si diano 10-12 gr. di sale per bocca, o si facciano per via endovenosa, ogni sei ore, iniezioni di 20 cc. di NaCl al 20 %. Per i fenomeni emorragici si ricorra ai comuni coagulanti, ricordando però che essi hanno solo un effetto assai scarso su questa che è una vera e propria capillarotossico.

I purganti e i diaforetici sono sconsigliati perchè debilitano troppo i malati; ma v'è chi consiglia il salasso generoso (Christian, Fleckseder), magari seguìto da una fleboclisi o da una trasfusione, se il cuore è sano.

*Il sistema circolatorio.* — Come è noto, è classico distinguere, nelle condizioni circolatorie dei nefritici cronici, sulla traccia segnata dal Volhard, due fasi distinte:

*a)* una fase ipertonica, più precisamente caratteristica della forma subcronica o secondo stadio, secondo lo schema di Volhard;

*b)* una fase ipertensiva caratteristica della nefrite cronica propriamente detta.

L'ipertonia delle pareti vasali è responsabile, come tutti sanno, di crisi di spasmo che si rivelano con difetti transitori di funzione a carico del cervello, dell'occhio, degli arti ecc. (pseudouremia angiogena); in questo periodo, di solito, la sufficienza funzionale del rene è completa (azotemia normale, variabilità del peso specifico ecc.); la dieta si manterrà dunque entro quei limiti di liberalità che abbiamo descritto, e per gli spasmi si interverrà con rimedi varî; tra i numerosi preparati che hanno oggi invaso il mercato, il Lichtwitz consiglia:

Diuretina ctg, 50; Antipirina ctg. 25 per una carta: tali tre al dì.

Calciodiuretina Knoll: tre compresse al dì.

Luminal: 5 ctg. due volte al giorno.

Idrato di Cloralio: gr. 1-1.50 per clistere due-tre volte alla settimana.

Nitroglicerina: 2-5 gocce della soluzione alcoolica al %.

Nitrolingual: tre al giorno a scopo profilattico.

Aspirina: ctg. 25-50 due tre volte al dì, utile per la sua azione vasodilatatrice sui vasi del cervello.

Infine egli ha sperimentato con buon successo la solfopiretoterapia proposta dalla scuola del Korany consistente nella iniezione intramuscolare, a intervalli di tre-cinque giorni, di 1-3-5-7-10 cc. di una soluzione oleosa all'1 % di zolfo.

Anche i salassi di 5-600 cc. praticati ogni 2-6 mesi hanno una notevole utilità.

Per i disturbi visivi legati allo spasmo dei vasi retinici, spasmo che si unisce ad un aumento della permeabilità per dare il quadro della retinite nefritica, Heine consiglia la proteinoterapia aspecifica (con preparati di latte) che avrebbero azione vasodilatatrice e ipotensiva; analoga azione avrebbe il sole artificiale (Meyer); si consigliano anche la Papaverina, alla dose di 4 ctg. al giorno ma per via endovenosa, chè per bocca o per il retto è assolutamente senza effetto; e l'acetilcolina (gr. 0,10 per via ipodermica o intramuscolare una-due volte al dì).

La regolarità dell'alvo, ha anch'essa grande importanza.

Nella fase ipertensiva è necessario controllare strettamente la quantità totale dei liquidi ingeriti affinchè essa non superi quella delle urine emesse; al primo segno di debolezza cardiaca (edemi malleolari, dispnea notturna ecc.) si riducano subito i liquidi sino a 700-500 cc. al dì; spesso basta questo alleggerimento della dieta idrica per impedire che i disturbi si aggravino e per farli scomparire.

I pasti non saranno mai molto abbondanti a mezzogiorno e sempre assai leggeri alla sera; è utile il rinforzare la muscolatura con esercizi fisici regolari (passeggiate, ginnastica leggera, anche un po' di bicicletta ecc.) che non superino la soglia della stanchezza e che giovano sopratutto come profilassi contro le debolezze del miocardio; utili, allo stesso scopo, i bagni di acido carbonico.

---

(1) Le proteine non vanno tuttavia totalmente eliminate, se non nei casi di estrema gravità; la loro costante scarsezza porta al disgusto per i cibi e d'altra parte l'organismo finisce per utilizzare le sue proprie proteine, fenomeno questo anche più da temersi.

La carne sarà data soltanto due o tre volte alla settimana, e sarà conveniente intercalare, almeno una volta alla settimana, un giorno di sole frutta e latte. La settimana non dovrà essere tutta lavorativa, ma permettere qualche periodo di riposo (sabato inglese) che, anche se breve, dovrà essere rispettato e non riservato per altro lavoro; gioveranno molto uno o due mesi all'anno di assoluto riposo (Ruhekur). Quando compaiano i segni dell'indebolimento cardiaco è indicata la Digitale, somministrata a lungo, a piccole dosi (0,5-1,15 al giorno), associata eventualmente a una o due iniezioni alla settimana di strofantina (milligr. 0,3-0,5).

In complesso questi ultimi lavori non portano, come già avevo accennato, nessuna novità fondamentale; essi si limitano a ribadire, con i risultati di esperienze personali, quello che è, in materia di terapia renale, il nostro « credo » di oggi. Di oggi soltanto, forse, chè l'instancabile rinnovarsi dei tentativi di interpretazione patogenetica e di sintesi clinica permette di sperare in un progresso anche della terapia; quest'ultima segue con prudente lentezza il progredire rapido delle altre branche e non posa volentieri il piede su basi teoriche insufficientemente dimostrate; i tentativi isolati che la letteratura raccoglie ogni anno con tanta abbondanza sono tutt'altro che trascurabili, ma in pratica non dettano legge; e per il medico pratico, a cui questa nota è particolarmente rivolta, basterà ricordare che è permesso, anzi è doveroso indirizzare la propria attività su alcune linee ormai ben precisate:

1) Il rene acutamente malato deve essere risparmiato; la terapia del riposo non è stata ancora sostituita da altra migliore, perciò va seguita.

2) Il rene cronicamente ammalato può tollerare un regime di vita ed una dieta pressochè normali, purchè la sua funzione si mantenga sufficiente.

3) La presenza di albumina nelle urine non rappresenta una indicazione indiscutibile alla dieta lattea esclusiva; questa va anzi evitata nelle forme infiammatorie acute, specialmente nel primo periodo. Nelle forme non infiammatorie (nefrosi) sopratutto se croniche, la carne non è controindicata; anzi la sua somministrazione si considera come un'utile alimentazione di compenso. È il tassi dell'azotemia e non quello dell'albuminuria che dà elementi di giudizio circa l'uso della carne.

4) L'uremia acuta è suscettibile di interventi energici e attivi; l'uremia cronica vera, invece, non ha che un trattamento sintomatico.

5) Nelle lesioni renali croniche il circolatorio va attentamente sorvegliato; e nella scelta della dieta la quantità dei cibi, e sopratutto dei liquidi, ha importanza anche maggiore della loro qualità.

LETTERATURA.


ALDRICH e BOYLE. *Chronic non specific nephritis.* J. Amer. Med. Ass., vol. 100, 25, 1933.

BARKER. *Edema as influenced by a low ratio of... potassium intake.* Ibid., vol. 92, 1932.

BERNARD. *Il trattamento delle nefriti acute.* La Medicina Interna, 12, 1933.

BINGER e KEITH. *The effect od diuretics in different types of edema.* J. Amer. Med. Ass., vol. 101, 6, 1933.

BRAULKE. *Endopleurale Anwendung von Salyrgan.* Münch. Med. Woch., 14, 1934.

CASTAIGNE. *La thérapeutique par le lait et ses dérivés au cours des néphrites.* Le Journ. Médic. Franç., gennaio 1933.

CHRISTIAN. *Types of nephritis and their management.* J. Amer. Med. Ass., vol. 102, 3, 1934.

CRAMER. Citato dall'Arch. des malad. des reins, 2, 1933.

EDENS. *Die Digitalisbehandlung.* Ed. Urban & Schwarzenberg, Berlin, 1934.

FRUGONI. *Nefrosi lipoidea.* Policlinico, Sez. pratica, 42, 1932.

FLECKSEDER. *Ueber die Behandlung der chronischen beideseitigen Nierenerkrankungen.* Wien. Klin. Woch., 3, 1933.

GERBI. *Sul meccanismo d'azione dei diuretici mercuriali.* La Medic. Internaz., I, 1934.

HEIL. *Zur modernen Diaetetik und Therapie der Herz- und Nierenkrankheiten.* Wien. Klin. Woch., 13, 1933.

IDE. *Le régime des néphritiques.* Le Scalpel, 12 marzo 1932.

LICHTWITZ. *Die Praxis der Nierenkrankheiten.* Ed. Springer, Berlin, 1934.

LYON. *Observations on diuretics and their uses.* Brit. Medic. Journ., 11 nov. 1933.

MARTINI. *Die Behandlung der Nephritis.* Die Mediz. Welt, I, 1931.

MAXWELL, SCOTT, HARVEY. Editor. J. Amer. Med. Ass., vol. 101, 6, 1933.

ORTALI. *La cura della sifilide nelle affezioni renali.* La Riv. Med., n. 2, 1934.

PLATT. *The effect of removal of septici foci on the course of nephritis.* Quart. Journ. of Medic., vol. I, 4, 1933.

# LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE DI BELLUNO

## Su alcuni punti dolorosi epigastrici nelle affezioni dello stomaco.

Prof. GINO PIERI, chirurgo primario.

Da varî anni la mia attenzione è stata richiamata dalla constatazione, nell'esame clinico dei gastropazienti, di alcuni punti dolorosi alla pressione digitale, che possono variare a seconda della natura e sede dell'affezione. E da allora io ne ho fatta la ricerca sistematica, onde mi è possibile disporre oggi di una serie di oltre 500 osservazioni di gastropazienti (studiati nel periodo che va dal 1929 al 1933) i cui dati saranno utilizzati agli effetti di questo studio.

È necessaria forse una dichiarazione pregiudiziale precisa: io in tali casi volli ricercare esclusivamente la dolorabilità alla palpazione profonda esercitata in punti circoscritti colla estremità del dito. Non saranno dunque prese in considerazione nè la dolorabilità spontanea, nè la dolorabilità superficiale, nè la presenza di zone cutanee iperestesiche, ecc.

Questo studio può dunque rivestire un'apparenza essenzialmente empirica; ma la sistematicità dell'esame, la costanza notevole dei risultati, mi sembra contribuiscano a conferirgli un certo valore clinico, di qualche utilità nella pratica quotidiana.

Io ho cercato naturalmente di controllare (per quanto mi è stato possibile data la vastità della letteratura) quanto è stato da altri pubblicato su questo dettaglio semeiotico della patologia gastrica, e mi ha sorpreso la scarsezza di dati in proposito.

Nel volume sulla chirurgia addominale del Donati trovo a proposito dei dolori nell'ulcera gastrica:

« Romkes avrebbe trovato che ordinariamente si risveglia dolore esercitando una pressione alla parte anteriore della zona del 7° e del 9° segmento dorsale di sinistra, cosicchè all'epigastrio esisterebbero due zone dolorose separate da una zona indolente ».

Nel recente volume di Lunedei e Giannoni sul dolore viscerale (1) a proposito della ulcera duodenale si dice:

« Alla palpazione profonda si provoca dolore in un punto situato sul margine esterno del muscolo retto di destra, sotto al margine inferiore del fegato, a metà della linea fra l'arcata costale e l'ombelico (Bucquoy) ».

(1) A. LUNEDEI e A. GIANNONI. *Il dolore viscerale ecc.* L. Cappelli edit., Bologna, 1929, pag. 238.

Nell'ottimo trattato di semeiotica del professore Viola (1) così è riferito quanto concerne la dolorabilità alla pressione sull'aia gastrica nelle affezioni dello stomaco:

« Quasi costante nell'ulcera gastrica, ma frequente anche in altre affezioni gastriche, in cui è conservata la integrità anatomica delle tuniche (dispepsia, ipercloridria semplice, neurosi gastrica, ptosi dello stomaco) è la presenza di una zona epigastrica, generalmente sulla linea mediana, al disotto della xifoide oppure più in basso, fra la xifoide e l'ombelico, qualche volta invece un po' a sinistra o a destra della linea mediana, comprimendo la quale si produce dolore...

Nell'ulcera il dolore può essere localizzato nella sede stessa della lesione, in un'area ben circoscritta; più spesso si tratta invece di una zona di una certa ampiezza, a confini più o meno determinati. Ciò è in relazione al fatto che il dolore provocato dalla pressione può essere in dipendenza sia della diretta compressione del territorio ulcerato, sia (cosa più frequente e che si verifica appunto nelle lesioni non ulcerose summenzionate) della compressione del plesso solare, irritato dalla malattia ».

Recentemente S. Puglisi Allegra (2) così riferisce sui punti dolorosi alla palpazione in questi casi:

« Nei casi di ulcera gastrica o duodenale (bisogna escludere le piccole ulcerazioni da necrosi della mucosa di natura arteriosclerotica o luetica) la pressione tangenziale del polpastrello dell'indice sull'arcata costale fa rilevare in una zona circoscritta quanto un'attuale moneta da 10 centesimi una dolorabilità spiccata, variabile nel senso distale-mediale a secondo che si tratti di ulcera duodenale, pilorica o della piccola curvatura. Questa dolorabilità è in corrispondenza della papillare destra, o fra questa e l'ascellare anteriore, se si tratta di ulcera duodenale, sulla parasternale destra all'incirca, se di ulcera pilorica, sulla parasternale sinistra, se di ulcera della piccola curvatura. Quando esistono solo fatti di pilorite, o una neurosi gastrica dolorosa, o una pericolecistite, si manifesta una dolorabilità diffusa, ma non rilevasi mai la presenza di un punto doloroso evidente e circoscritto come quando esiste l'ulcera ».

Ora, come ho detto, io ho ricercato la eventuale presenza e la localizzazione dei punti do-

(1) G. VIOLA. *Trattato di Semeiotica.* Vallardi ed. Milano, 1933. Vol. I, pag. 768.

(2) S. PUGLISI ALLEGRA. *Segno semiologico patognomonico delle ulcere gastriche e duodenali.* Policlinico (sez. pratica), XL, n. 27 (3 luglio 1933), pag. 1043.

lorosi alla pressione non solo nei processi ulcerosi gastroduodenali, ma in tutte le affezioni in genere dello stomaco e del duodeno. In tutti questi casi la diagnosi clinica ebbe un controllo radiologico, e spesso, quando cioè sussisteva la indicazione, un controllo operatorio (si comprende da ciò quanto preziosa per me sia stata, nello studio in questione, la collaborazione del nostro radiologo prof. Lapenna).

*
* *

Il materiale clinico da me utilizzato per questo studio va discriminato e suddiviso in rapporto al tipo delle gastropatie da prendere successivamente in esame.

Il contingente massimo è rappresentato dai processi ulcerativi primitivi dello stomaco (globalmente 282 casi); distingueremo in questi le *ulcere gastriche* (69 casi), le *ulcere iuxtapiloriche* (170), le *ulcere peptiche postoperatorie* (32) e i casi di coesistenti *ulcere gastriche e duodenali* (11). Colla denominazione di ulcera iuxtapilorica comprenderemo sia le ulcere nettamente duodenali come quelle nella immediata vicinanza del piloro, sia sul versante gastrico come sul versante duodenale: non è raro il caso di trovare alla operazione che la vena pilorica (che rappresenterebbe il confine anatomico fra stomaco e duodeno) non è visibile perchè coinvolta nel tessuto cicatriceo reattivo della mucosa; il che è una conferma *a posteriori* della opportunità di una classificazione generica di tali ulcere sotto la denominazione di ulcere iuxtapiloriche.

Dopo le ulcere il contingente maggiore è dato dagli *epiteliomi* (83 casi).

Vengono poi le *nevrosi* (100 casi); in queste si impone una classificazione differenziale, che io baserò sulla funzione prevalentemente lesa (dico prevalentemente perchè è ben difficile, se non impossibile, che si abbia la alterazione di una sola funzione gastrica). Distingueremo le nevrosi sensitive, rappresentate essenzialmente dal tipo doloroso (dispepsia dolorosa), e le nevrosi motorie: da deficiente motilità o atonia gastrica (dispepsia astenica) e da eccessiva mobilità o ipertonia (dispepsia iperstenica). Trascureremo le nevrosi secretorie, e tipicamente la ipercloridria poichè in questi casi (quando si tratta della ipercloridria essenziale e non secondaria a processi ulcerativi) prevale il disturbo del tono gastrico, che è abitualmente esagerato; più rara, e semeiologicamente più anodina, è la iposecrezione peptica o achilia.

Questa classificazione delle nevrosi è inevitabilmente difettosa per la ragione suaccennata della complessità e associazione dei disturbi. Comunque è sufficiente per un orientamento clinico ai termini dello studio che ci interessa.

Vanno infine registrati 29 casi di gastrite e 10 casi di ptosi gastrica.

Naturalmente a questa classificazione delle gastropatie, a base essenzialmente clinica, non si può richiedere una esattezza assoluta; essa è passibile di molte obbiezioni e suscettibile di non pochi errori: associazioni non rare delle sindromi (ulcera e nevrosi, ulcera e gastrite, ptosi e atonia...), impossibilità di controllo anatomopatologico (diagnosi di dispesia dolorosa fatta per non aver trovato, giudicando dall'aspetto esterno del duodeno la ulcera sospettata, possibilità che in questi casi non si trattasse neppure di nevrosi, ma di gastrite e duodenite...), errori di interpretazione (nevrosi reputate essenziali, e magari epifenomeno di affezioni lontane: malattie dell'utero, dell'intestino, ecc....).

Ma malgrado questi numerosi e gravi elementi di errore, io credo che la analisi del materiale clinico accumulato ci dia modo di studiare, con sufficiente sicurezza di approssimazione, il valore clinico dei punti epigastrici dolorosi in questione.

*
* *

Una revisione globale dei casi di gastropatie su cui si fonda il presente studio fa constatare che i punti riscontrati dolenti alla palpazione (o per meglio dire alla pressione digitale) dell'epigastrio, si presentano con numero circoscritto, con notevole costanza topografica, e con sufficiente caratteristica di sede in rapporto alle varie sindromi cliniche, per potere autorizzare delle conclusioni non prive di interesse a proposito del valore diagnostico dei punti stessi.

Preciseremo i punti da ricercare in questi casi di affezioni gastriche, dando ad essi una denominazione a carattere più o meno convenzionale (fig. 1) di cui chiariremo in seguito la motivazione:

1) *Punto celiaco*, da ricercarsi alla pressione digitale immediatamente sotto l'apice dell'apofisi ensiforme.

2) *Punto medioepigastrico*, corrispondente al punto medio della linea xifo-ombelicale.

3) *Punto gastrico*, situato sulla bisettrice dell'angolo che il margine dell'ipocondrio sinistro fa colla linea mediana, a 2 o 3 dita di distanza dall'apofisi ensiforme.

4) *Punto gastrodigiunale*, situato sulla bisettrice dell'angolo del quadrante superiore si-

nistro dell'addome, a un dito trasverso dall'ombelico.

5) *Punto piloroduodenale*, situato un dito trasverso a destra del punto medio della linea xifoombelicale.

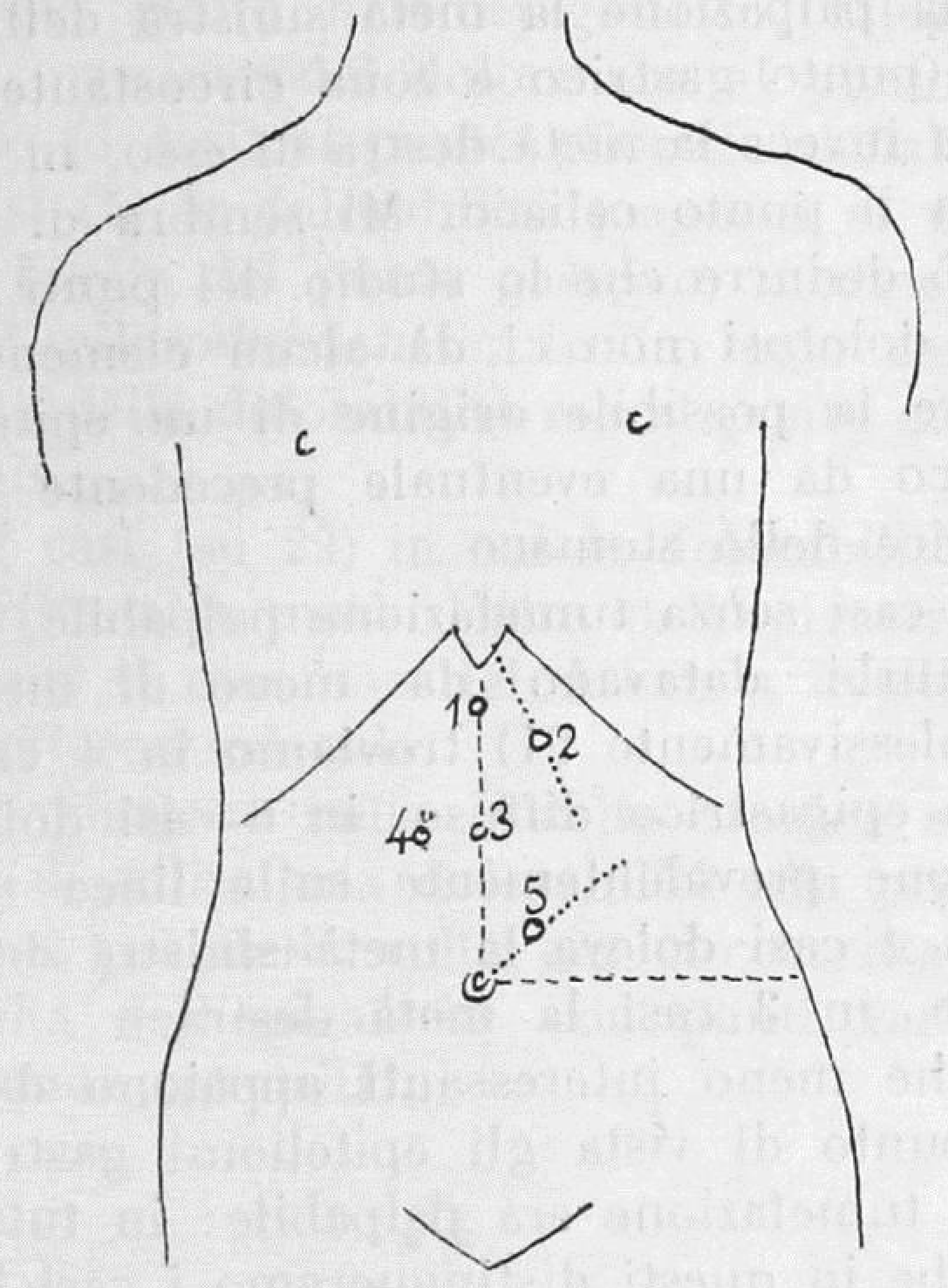


FIG. 1. — 1, punto celiaco; 2, punto gastrico; 3, punto medioepigastrico; 4, punto piloroduodenale; 5, punto gastrodigiunale.

Vediamo ora quale possa essere il valore di questi punti nella diagnosi delle affezioni gastriche.

* * *

I casi di *ulcera* studiati semiologicamente da questo punto di vista sono, su un complesso di 504 gastropazienti, 282, e precisamente 69 casi di u. gastrica, 11 di coesistente gastrica e iuxtapilorica (duodenale), 170 di u. iuxtapilorica, 32 di u. peptica recidiva.

Su 69 casi di u. gastrica (controllati radiologicamente e operatoriamente), in 1 caso non esistevano punti dolorosi alla pressione, in 53 casi doleva il punto gastrico (e di questi in 46 esclusivamente il punto gastrico, in 3 il p. gastrico e il celiaco, in 2 il p. gastrico e il medioepigastrico, in 1 il p. gastrico, il celiaco e il piloroduodenale), in 1 caso il p. celiaco (si trattava di un'u. iuxtacardiaca aderente al diaframma), in 5 casi doleva il punto simmetrico del p. piloroduodenale (a sinistra della linea mediana), in 3 casi doleva il p. piloroduodenale, in 4 casi il punto medio della xifoombelicale (p. medioepigastrico), in 1 caso il punto gastrodigiunale, in 1 caso doleva un punto sulla bisettrice del quadrante superiore sinistro dell'addome a 3 dita dall'ombelico.

Su 11 casi di coesistente u. gastrica e u. duodenale in 8 casi dolevano il punto gastrico e il piloroduodenale, in 1 caso doleva solo il p. gastrico, in 2 il solo punto piloroduodenale.

Su 170 casi di u. iuxtapilorica, in 123 doleva esclusivamente il punto piloroduodenale, in 13 doleva il p. piloroduodenale in unione a altri punti (in 4 casi oltre il p. piloroduodenale il p. medioepigastrico, in 3 il p. piloroduedenale e il celiaco, in 2 il p. piloroduodenale e il simmetrico a sinistra della linea mediana, in 2 il p. piloroduodenale e il p. gastrico, in 1 il p. piloroduodenale, il medioepigastrico e il celiaco). In altri 34 casi non doleva il p. piloroduodenale, e cioè in 4 casi non esistevano punti dolorosi alla pressione, in 10 casi doleva un punto situato 2 dita a destra invece che 1 dito a destra del punto medio della xifoombelicale, in 3 casi doleva un punto 3 dita a destra del punto medio della xifoombelicale, in 3 casi il dolore era un dito più in alto che il punto piloroduodenale, in 4 casi doleva il punto medio della xifoombelicale, in 1 caso il dolore corrispondeva a un punto della xifoombelicale fra 3° medio e inferiore, in 5 casi il dolore era sulla bisettrice del quadrante superiore destro a 2 dita dall'ombelico, in 2 casi sulla stessa linea a 1 dito dall'ombelico (e cioè in un punto simmetrico al gastrodigiunale), in 2 casi doleva un punto sulla ombelicale trasversa due dita a destra dall'ombelico; in un caso infine doleva il punto cistico.

Complessivamente dunque su 170 casi di ulcera iuxtapilorica, in 136 doleva il punto piloroduodenale solo (di solito) o associato ad altri punti dolorosi; in 34 casi o non esistevano punti dolorosi, o dolevano punti diversi dal piloroduodenale.

Il controllo operatorio eseguito mi permise di constatare che la eventuale diversità di localizzazione dei punti dolorosi non era in rapporto a una diversa localizzazione dell'ulcera (distanza maggiore o minore dal piloro): talora doleva esattamente il punto piloroduodenale e l'ulcera era sul duodeno alla distanza di 2 e anche 3 dita dal piloro, in 1 caso in cui doleva solo il punto medio della xifoombelicale l'ulcera era a 2 dita dal piloro...

Nei 32 casi di ulcera peptica recidiva sull'anastomosi, in 24 esisteva un dolore alla pressione che corrispondeva esattamente al punto gastrodigiunale, e cioè sulla bisettrice del quadrante superiore sinistro dell'addome a un dito dall'ombelico, in 5 casi esso era invece sulla stessa linea ma a due dita dall'ombelico; in 1 caso doleva il punto medioepigastrico, in 1 il dolore era sulla linea mediana un dito sopra l'ombelico, in 1 caso sulla om-

belicale trasversa un dito a sinistra dell'ombelico.

Concludendo, nell'ulcera si constatano punti circoscritti dolenti alla pressione che hanno un certo carattere di costanza in rapporto al tipo di ulcera: nell'ulcera gastrica (della piccola curvatura) duole quasi costantemente il punto gastrico, nella iuxtapilorica (pilorica

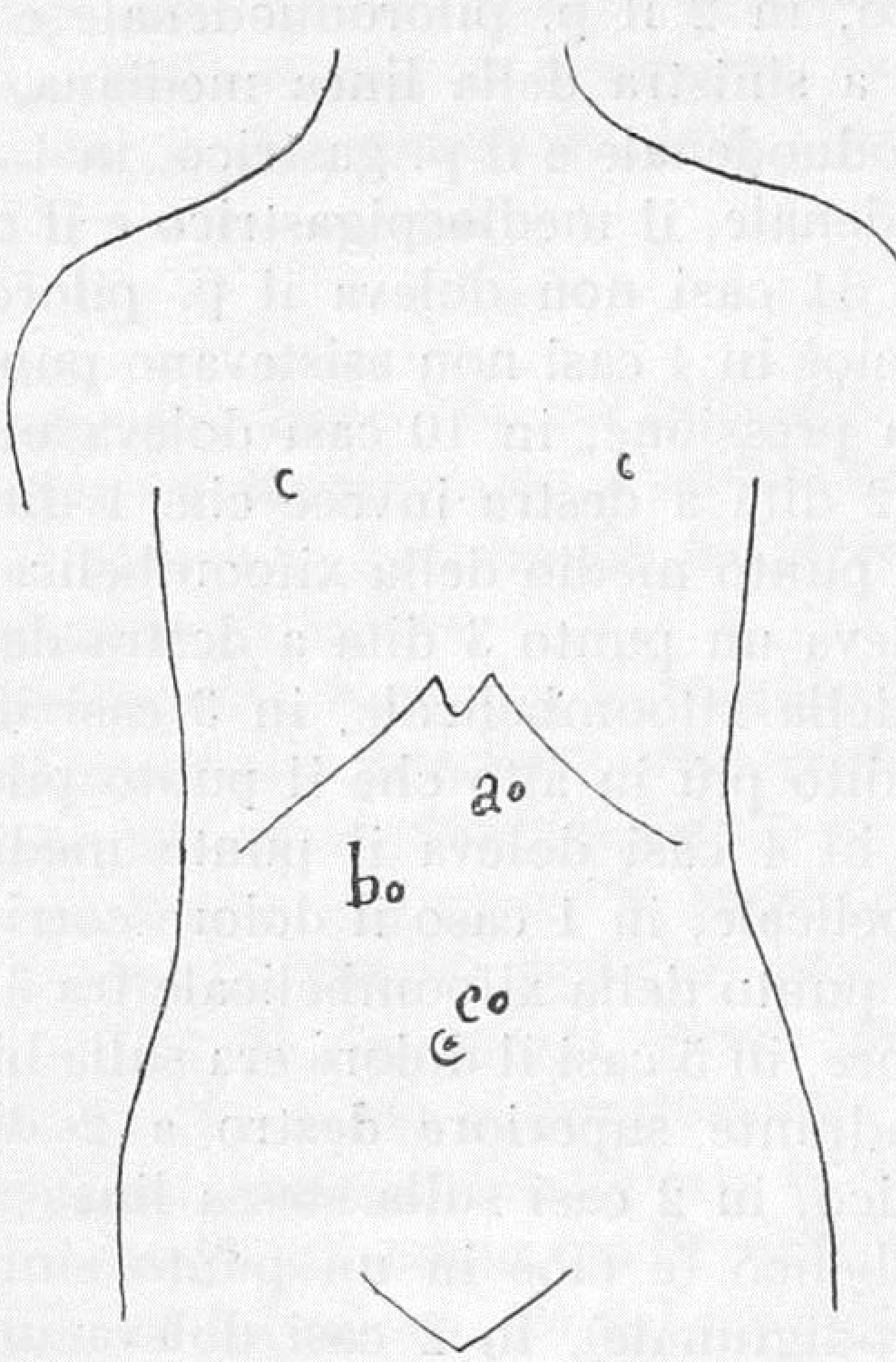



FIG. 2. — *a*, ulcera gastrica; *b*, ulcera iuxtapilorica; *c*, ulcera peptica recidiva sull'anastomosi.

e duodenale) il punto piloroduodenale, nella ulcera peptica recidiva sulla anastomosi il punto gastrodigiunale (fig. 2).

***

Meno importante risulta lo studio dei punti epigastrici dolorosi alla pressione per la diagnosi di *epitelioma* dello stomaco. Intanto quando si palpa la tumefazione epigastrica la ricerca dei punti dolorosi risulta, dal punto di vista clinico, pressochè superflua. Cosicchè io ho classificato in due gruppi gli epiteliomi gastrici studiati (complessivamente 83), a seconda che fosse o no palpabile il tumore.

I casi senza tumefazione palpabile (e sono i più importanti dal nostro punto di vista, poichè si tratta di vedere se ed in quanto gli eventuali punti dolorosi possano guidarci alla diagnosi) sono 34, e anche essi vanno suddivisi: ho pensato di distinguere i casi in cui i disturbi datano da più di un anno (possibile origine da preesistente ulcera semplice?) e quelli in cui i disturbi datano da meno di un anno (i quali con maggiore probabilità si sono sviluppati senz'altro come epiteliomi).

Nei casi senza tumefazione palpabile e in cui i disturbi datavano da più di un anno (complessivamente 13), in 2 casi non si constatavano dolori (e in uno di questi i disturbi iniziali datavano da 33 anni!), in 3 casi doleva alla palpazione la metà sinistra dell'epigastrio (punto gastrico e zona circostante), in 7 doleva invece la metà destra di esso, in 1 caso doleva il punto celiaco. Mi sembra di potere da ciò dedurre che lo studio dei punti epigastrici dolorosi non ci dà alcun elemento per arguire la possibile origine di un epitelioma gastrico da una eventuale precedente ulcera semplice dello stomaco.

Nei casi senza tumefazione palpabile, in cui i disturbi datavano da meno di un anno (complessivamente 21) troviamo in 4 casi un dolore epigastrico diffuso, in 6 casi doleva la pressione prevalentemente sulla linea mediana, in 4 casi doleva la metà sinistra dell'epigastrio, in 3 casi la metà destra.

Anche meno interessanti appaiono dal nostro punto di vista gli epiteliomi gastrici in cui la tumefazione era palpabile: in tutto 49.

Anche in questi distingueremo i casi in cui i disturbi datavano da più di un anno (possibile origine da preesistente ulcera semplice?) e che erano 13 (e in questi in 5 casi si percepiva una tumefazione senza alcun dolore alla pressione, in 7 doleva la metà sinistra dell'epigastrio in cui si palpava il tumore, e in 1 la metà destra, dove si palpava il tumore), e i casi in cui i disturbi datavano da meno di un anno, e che erano 36: in questi in 23 casi si percepiva una tumefazione indolente, senza dolori parietali, e in 13 si provocava dolore solo alla palpazione della tumefazione.

Concludendo, lo studio dei dolori epigastrici alla pressione non ci dà alcun appoggio nè alcun indizio presuntivo nè per diagnosticare la esistenza di un epitelioma gastrico, nè per illuminarci sulla possibile derivazione di esso da una preesistente ulcera semplice dello stomaco.

***

Sui 504 pazienti con malattie gastriche da me esaminati troviamo 29 casi di *gastrite* cronica.

In questi, salvo 2 casi in cui non esisteva dolore alla palpazione, si verificò di solito dolore alla pressione in una zona più o meno estesa, in cui però si poteva constatare un massimo di dolore in determinati punti circoscritti. Il più delle volte (20 casi) il dolore diffuso si estendeva a tutto l'epigastrio, altre volte (7 casi) esso era limitato alla metà de-

stra di questo. Quando si constatò dolore epigastrico diffuso, non di rado (7 casi su 20) si osservava un punto di massima dolorabilità a livello del punto medioepigastrico, talora (4 casi) il massimo del dolore era al punto gastrico, o (3 casi) al punto piloroduodenale; in altri casi (5) la dolorabilità massima si verificava a livello del punto gastrico, medioepigastrico e piloroduodenale; in un solo caso il massimo della dolorabilità era al punto gastrodigiunale.

Nei 7 casi (su 29) in cui la dolorabilità era circoscritta alla metà destra dell'epigastrio si constatava il massimo del dolore a livello del punto piloroduodenale.

In conclusione nella gastrite cronica si osservava di solito una dolorabilità alla pressione che il più delle volte era circoscritta alla parte alta dell'epigastrio, con punti variabili di massima intensità.

*
* *

Su 100 casi di *nevrosi* gastriche studiati, 24 appartenevano alle nevrosi dolorose, 59 alle nevrosi asteniche e 17 alle nevrosi ipersteniche.

Nei casi di nevrosi dolorose (quelle cioè in cui l'esame radiologico constatava solamente dolorabilità dello stomaco, senza alterazioni nel tono e nel vuotamento, e in cui l'esame del succo gastrico non dimostrava abnormità nella secrezione) era sempre possibile constatare una zona più o meno circoscritta di dolorabilità, che il più delle volte (16 casi su 24) corrispondeva al punto celiaco, solo (7 casi) o associato a dolorabilità diffusa della metà sinistra dell'epigastrio (6 casi), e talora dolevano anche oltre il punto celiaco il p. medioepigastrico e il piloro duodenale (2 casi) o il solo punto piloroduodenale (1 caso). In alcuni casi (5) doleva solo il punto piloroduodenale, in 1 caso il punto medioepigastrico e il piloroduodenale, in 2 casi infine si aveva dolorabilità alla pressione circoscritta, in un punto situato sulla linea mediana un dito sopra l'ombelico.

La nevrosi astenica (atonia gastrica) in 11 casi su 59 non permetteva di constatare presenza di punti dolorosi. Negli altri 48 casi esisteva dolorabilità, che non di rado (18 casi) era diffusa all'angolo epigastrico con massimo al punto celiaco, oppure (4 casi) alla metà destra dell'epigastrio; in altri casi (5) la dolorabilità epigastrica diffusa raggiungeva il suo massimo a destra, al punto piloroduodenale, o a sinistra a livello del punto gastrico (8 casi), o in mezzo, al punto medioepigastrico (7 casi). Talora invece della dolorabilità diffusa epigastrica esisteva un sol punto doloroso circoscritto, corrispondente al punto piloroduodenale (5 casi); in un sol caso erano dolenti due punti: il piloroduodenale e il suo simmetrico di sinistra.

Nei 17 casi di nevrosi iperstenica (ipertonia e ipercloridria) solo in 2 non esistevano punti dolorosi alla pressione. Talora il dolore corrispondeva all'angolo epigastrico, in zona più estesa che il punto celiaco (4 casi); talora la dolorabilità era maggiore nella metà destra dell'angolo epigastrico (2 casi), e in 1 caso doleva invece maggiormente la metà sinistra; in 5 casi alla dolorabilità diffusa dell'angolo epigastrico si associava quella più viva e circoscritta al punto piloroduodenale. Il dolore era esclusivamente circoscritto al punto medioepigastrico in 1 caso, al punto gastrico in un altro caso, e in un altro dolevano il punto medioepigastrico e il punto piloroduodenale.

Riassumendo, nelle nevrosi dolorose si constata abitualmente dolorabilità alla pressione dell'epigastrio che il più delle volte ha il suo massimo al punto celiaco; nella nevrosi astenica la dolorabilità è incostante e ha variabile localizzazione; nella nevrosi iperstenica la dolorabilità è pressochè costante, localizzata all'angolo epigastrico, non di rado associata con dolore al punto piloroduodenale.

*
* *

Nei casi di *ptosi* gastrica (10) talora (in 1 caso) non si osservavano punti dolorosi; di solito esisteva dolorabilità a sede variabile: diffusa all'angolo epigastrico (1 caso) o circoscritta al punto celiaco (3 casi), talora associata con dolore al punto piloroduodenale (1 caso) o al punto medioepigastrico e piloroduodenale (1 caso). In un paziente il dolore era circoscritto al punto medioepigastrico, in un altro al punto piloroduodenale, in un altro infine dolevano questo e il simmetrico a sinistra della linea mediana.

*
* *

Giunto alla fine dello spoglio del materiale clinico da me raccolto non mi nascondo che i criteri di interpretazione in esso usati appaiono quanto mai infidi e fallibili, e si prestano a obbiezioni di ogni genere; basterà accennarne alcune:

Quanti casi etichettati come nevrosi dolorose possono essere in realtà ulcere, piccole e superficiali, sfuggite al radiologo, e anche al chirurgo che alla operazione non ha aperto il

viscere? E quante presunte ulcere duodenali diagnosticate tali per sintomi indiretti dal radiologo e non viste direttamente dal chirurgo sono invece delle nevrosi gastriche? Quanti casi di nevrosi iperstenica erano invece ulcere duodenali iniziali non ancora diagnosticabili, e in cui il chirurgo in base alla diagnosi posta dal radiologo non intervenne? In quanti casi di ulcera i dati semeiologici erano turbati dalla gastrite sovente coesistente? Quante presunte ulcere duodenali, non controllate con l'apertura del viscere, erano invece delle duodeniti? Quante volte la nevrosi si sovrapponeva a un processo organico? Come dissociare, se non artificialmente, certi casi di nevrosi astenica dal quadro della ptosi, e viceversa? ecc.

Tuttavia le conclusioni che in base a un accurato lavoro di selezione e di analisi critica dei casi studiati ho ritenuto di poter formulare, a me sembra presentino un certo grado di attendibilità. Più di questo mi pare che, nel problema in questione, non si possa esigere. Che cosa c'è di assoluto in clinica?


RIASSUNTO.

L'A. ha controllato in 504 gastropazienti la esistenza di punti epigastrici di massima dolorabilità alla pressione, e ha stabilito che essi presentano una topografia abbastanza costante che permette di fissarne la localizzazione abituale. Questi punti dolorosi (celiaco, medioepigastrico, gastrico, piloroduodenale, gastrodigiunale) sono stati dall'A. ricercati nei singoli casi di affezioni gastriche, e dalla comparazione sintetica delle osservazioni eseguite sembra si sia autorizzati a concludere che la constatazione dei singoli punti dolorosi può rappresentare un dato semeiologico di valore non trascurabile per la diagnosi di alcune gastropatie (e tipicamente dell'ulcera).




# OSSERVAZIONI CLINICHE


Ospedale del Littorio in Roma - Padiglione Morgagni.

Chirurgo primario: prof. C. ANTONUCCI.


## Fistola addominale da corpo estraneo


per il dott. GIOVANNI RIZZO,
chirurgo aiuto.


In una mia precedente pubblicazione ebbi a trattare in maniera succinta, ma completa, la patologia dei corpi estranei dell'addome, particolarmente quelli dimenticati in seguito ad atti operativi: sicchè, tornando ancora in proposito, non ripeto quanto allora scrissi, ma a detta pubblicazione rimando chiunque voglia approfondire l'argomento. Ricordo qui che i corpi estranei dimenticati (strumenti, tubi da drenaggio, compresse, tamponi ecc.) figurano per fortuna relativamente scarsi di fronte agli altri corpi estranei dell'addome, specie quelli che nella cavità addominale giungono per trauma accidentale (ferita d'arma da fuoco ecc.), oppure attraverso la parete intestinale (resti di alimenti, aghi, spine di pesce ecc.), oppure per la vagina e per il retto in seguito a pratiche di masturbazione ed a pratiche abortive. Haberer riporta che nelle 8300 operazioni importanti da lui eseguite sono soltanto sei casi di corpi estranei dimenticati: e tiene a proclamare che la dimenticanza di un corpo estraneo può accadere a qualunque e pure al più valente operatore. Reduer crede si possa calcolare che la dimenticanza di un corpo estraneo durante una operazione avvenga presso a poco nell'un per mille dei casi.

Senza voler dare tutta la letteratura, mi limito a dire che numerosi autori hanno riferito in questi ultimi anni osservazioni di corpi estranei giunti nell'addome attraverso la parete intestinale. Stein e Jozel riferiscono nel 1929 sui corpi estranei pervenuti nella cavità addominale in seguito a perforazione di ulcera gastro-duodenale: e discutono la eventualità che si sviluppino sul peritoneo dei noduli i quali macroscopicamente simulano i tubercoli, e che non sono in realtà che noduli infiammatori formati da corpi estranei circondati da tessuto connettivo e cellule giganti. Analoga è l'osservazione di Hellich e Sikl, i quali riferiscono che in un uomo di 60 anni, portatore di ernia inguinale bilaterale, insorsero, in seguito ad un incidente, dolori al basso ventre e disturbi della defecazione: il reperto laparotomico all'11° giorno dall'inizio dei sintomi dette una proliferazione nodulare del peritoneo apparentemente simile ad una tubercolosi: però mi-

croscopicamente si dimostrò trattarsi di una pseudo-tubercolosi sviluppata intorno a resti di alimenti, sopratutto di origine vegetale: l'esistenza dei corpi estranei nella cavità addominale fu chiarita con una pregressa rottura dell'intestino che permise il passaggio del contenuto intestinale nell'addome. Rabinowisch parla di un contadino trentacinquenne, il quale soffriva dolori al quadrante superiore destro dell'addome, dove esisteva una tumefazione grossa quanto un uovo di gallina: alla laparotomia si trovò una neoformazione infiammatoria in mezzo alla quale era una penna d'oca, inghiottita dall'infermo qualche tempo prima. Furstenau riporta due casi di peritonite da perforazione del tenue a poca distanza dal ceco, decorsa col quadro di una appendicite, per spina di pesce inghiottita.

Anche Blarse, Schoubauer, Leonenko, Silvestrini descrivono osservazioni di perforazione intestinale da spine di pesce inghiottite, e Silvestrini insiste sul fatto che, malgrado la perforazione nella cavità addominale, non è detto si trovi sempre l'apertura dell'intestino, poichè questa può guarire, e quindi insorgere la peritonite. Glebovic riporta due casi in cui nella cavità addominale furono trovati due aghi: in un caso si trattava di un ago ingoiato il quale aveva perforato il duodeno e si trovava a circa un cm. di distanza da esso. Ackermann riferisce il caso curiosissimo di un vecchio settantacinquenne, portatore di ernia inguinale destra, il quale una sera mangiò una costoletta di maiale, ed il giorno dopo ebbe una sindrome di ernia strozzata: all'operazione si trovò nel sacco erniario un pezzo di detta costola.

Non m'indugio neppure a riferire le osservazioni, anch'esse molto numerose, di corpi estranei giunti nell'addome per il retto o per la vagina in seguito a pratiche di masturbazione o a pratiche abortive. Fra le più interessanti cito le osservazioni di Joung, di Waczek ed Jstuan, di Sinicénko.

Joung parla di una ragazza indù ventunenne, la quale si recò all'Ospedale per dolori al quadrante inferiore destro, e disse che una levatrice aveva due mesi prima, per ottenere l'aborto, introdotto tre candelette. Ella aveva alcuni giorni dopo abortito; ma eliminato solo due candelette, e da allora non poteva più stare in piedi per il dolore all'addome: coll'esame vaginale si riscontrò nel bacino una tumefazione resistente, grossa quanto un arancio: non febbre: all'operazione si trovò un ascesso in corrispondenza del retto di destra, che conteneva un cucchiaio di pus, ed inciso il peritoneo, e, recise alcune aderenze, fu aperta una ansa intestinale che sporgeva, e dalla quale fu tolta una candeletta lunga 12 cm.

Waczek, Jstuan riferiscono, fra le altre, l'osservazione di una ragazza di 14 anni, che da sei mesi soffriva dolori al basso ventre e febbre: all'esplorazione si sentiva una grossa tumefazione che partiva dall'utero e raggiungeva la metà tra il bellico e la sinfisi pubica: da una fistola trovata in un fornice vaginale si vuotò mezzo litro di pus: poi, scomparsi i disturbi, con successiva apertura della fistola, fu estratto un rocchetto di filo: nella anamnesi non risultava l'introduzione di un corpo estraneo! Sinicénko riporta un caso in cui all'operazione per un tumore uterino che clinicamente appariva come un mioma, si trovò sulla parete anteriore dell'utero una proliferazione infiammatoria sviluppata intorno ad un pezzo di ovatta: l'utero mostrava una perdita di sostanza coperta solo da granulazioni molli: quattro mesi prima era stata fatta pratica abortiva da persona non competente ed era stato perforato l'utero.

Circa i corpi estranei di origine traumatica è molto interessante l'osservazione di Glebovic: una donna di 25 anni fu operata con diagnosi di ileo, e nell'addome si trovarono, in mezzo ad estese proliferazioni, tre aghi: gli aghi erano giunti nella cavità addominale attraverso la parete: infatti la malata raccontò dopo che gli aghi erano stati infissi per scherzo nella parete addominale dalle compagne di lavoro.

Ancora più istruttive sono le osservazioni di corpi estranei dimenticati nell'addome (pinze emostatiche, tubi di drenaggio, compresse, tamponi ecc.). Palmen riporta il caso di un bambino di 4 anni, nell'addome del quale un tampone di garza, dimenticato in una precedente laparatomia, aveva provocato la formazione di un tumore connettivale ricco di cellule giganti e di cellule epiteliodi tanto da rassomigliare ad un sarcoma.

Borowskii riferisce di una donna trentenne la quale era stata sottoposta nel corso di 11 anni a quattro laparotomie per echinococco dell'addome, e nella quale, un anno e mezzo dopo l'ultimo intervento, insorsero forti dolori addominali e quindi fu emessa per l'ano una metà di una pinza di Kocher: la seconda metà fu trovata coll'esame radiologico nella cavità addominale e fu emessa un mese dopo anch'essa per l'ano. Michaelides riferisce la osservazione di un bambino di 5 anni, operato di ernia inguinale destra, nell'addome del quale fu trovata, due anni dopo, una piccola pinze.

Biesenberger riporta il caso in cui una com-

pressa dimenticata nell'addome aveva perforato il digiuno: al di sopra della perforazione si era sviluppata una peritonite parziale: resezione, morte.

Recentemente Glebovic riferisce 6 casi di corpi estranei dimenticati, fra cui la dimenticanza di una pinza emostatica durante una laparotomia, pinza che 44 giorni dopo si era fatta strada attraverso la parete del retto, e fu asportata operatoriamente: l'osservazione di un tampone dimenticato durante un'operazione ginecologica e che fu asportato al 25° giorno dal fornice vaginale posteriore; ed ancora una compressa dimenticata durante una operazione di gastro-enterostomia, che fu scoperta ed asportata al secondo giorno per occlusione intestinale. Boerner cita il caso in cui alla laparatomia si trovò un tampone lasciato da un anno nell'addome, proprio nello stadio di attraversare l'intestino. Uray riferisce che una sua operata di colecistectomia ha emesso, dalle ferite, dopo circa sei mesi di suppurazione, un grosso tampone (17×17 cm.), e che solo allora la ferita si chiuse. Hermann riferisce che in una laparotomia eseguita per aderenze stenosanti e grossi linfomi tubercolari fu dimenticato nell'addome un tampone di garza (22×28 cm.): residuò una fistola che guarì solo due anni dopo, quando fu asportato il tampone.

A me è occorsa ancora una volta la ventura di operare una donna, nel cui addome era stato dimenticato un tampone: riferisco l'osservazione.

B. Francesca, anni 25, nubile. Nulla nel gentilizio, mestruata a 14 anni, due gravidanze a termine, figli viventi e sani.

Nel dicembre 1931 abortì, e da allora dolori al basso ventre, prevalenti nel quadrante inferiore destro, variabili di intensità, accompagnantisi spesso a modica febbre, e ad emissione di abbondante secrezione giallastra dai genitali. D'improvviso il 10 marzo 1932 i dolori divennero violentissimi e si diffusero a tutto l'addome: vomito: alvo chiuso alle feci ed ai gas.

Il 12 marzo 1932 fu operata d'urgenza. Non si ha notizia circa l'entità e la qualità dello intervento; si sa soltanto che si chiuse parzialmente la ferita operatoria, lasciando un largo drenaggio dell'addome con striscie di garza.

Dopo l'operazione è residuata una fistola addominale da cui esce pus, e, durante il tempo mestruale, pure un po' di sangue: inoltre ha continuato a soffrire dolori nei quadranti inferiori dell'addome, specialmente intensi durante i periodi mestruali; mestrui irregolari per ritmo, durata e quantità.

Chiede perciò ricovero in ospedale il 6 luglio 1932, quattro mesi circa dopo l'intervento.

*E. O.*: condizioni generali discrete. Lingua umida; polso a media frequenza, valido, ritmico.

*Torace, cuore*: nulla di notevole.

*Addome*: dolente nei quadranti inferiori. Organi ipocondriaci nei limiti. Si nota una cicatrice laparotomica ombellico-pubica, e sulla cicatrice, quattro buone dita sopra il pube, un orificio fistoloso della grandezza di una lenticchia, rotondeggiante, a margini netti, non scollati, di colorito grigio roseo, orificio da cui geme scarsa quantità di pus denso e giallastro.

*Esame ginecologico*: orificio uterino a margini irregolari; collo piuttosto duro e deviato verso sinistra; fornice sinistro alquano spianato; fornice destro duro e dolente; si apprezza colla palpazione bimanuale indistintamente il corpo dell'utero, il quale sembra retroverso, stirato verso destra, e far parte di una massa grossa quanto una testa di feto, a superficie irregolare, bernoccoluta, dolente, fissa, che occupa la parete destra e la parte mediana del bacino.

*Esplorazione del tramite fistoloso*: 1) *Specializzazione*: lo specillo si dirige obbliquamente verso destra e verso la profondità, arrestandosi dopo un percorso di circa 15 cm., su un fondo di resistenza duro-elastica: non si ha sensazione di esser penetrati in una grande cavità: lo specillo si ritira intriso di scarso pus misto a sangue; 2) iniettando con una sonda nella cavità uterina del liquido colorato (ad esempio: soluzione di permanganato di potassio) si constata di quando in quando il gemizio di qualche goccia del liquido colorato dall'orificio fistoloso addominale.

RICERCHE SPECIALI.

*Esame delle urine*: alb. assente; zucchero assente; sed. negativo.

Wassermann negativa.

*Esame radiologico dell'addome*: negativo per corpi estranei. Esplorazione radiologica dell'apparato genitale: negativo per corpi estranei.

Ho operato la malata il 25 luglio 1932. Si riapre la vecchia cicatrice operatoria circoscrivendo, nel punto in cui esistono, l'orificio e il tramite fistolosi. L'epiplon, il ceco, il sigma, la porzione terminale del tenue formano insieme con l'utero e con l'annesso sinistro un unico blocco; non si vede l'annesso di destra (il quale evidentemente è stato in precedenza asportato). Si separano cautamente questi diversi visceri, e si ritrova, serrato in mezzo ad essi, un tampone di garza (7 per 5 cm.). Isterectomia tubtotale, annessectomia sinistra. Si drena con un tubo imbottito e con garza iodoformica il Douglas, e si chiude quasi totalmente la ferita.

L'esame anatomico del pezzo asportato mostra che esso è costituito dall'utero e dall'annesso sinistro: non vi è traccia dell'annesso destro: il corno uterino destro ha invece l'orificio tubarico pervio.

Decorso post-operatorio normale. L'inferma lascia, completamente guarita, l'ospedale il giorno 28-8-1932, 33 giorni dopo l'operazione.

Qualora si giudichi serenamente la successione dei fenomeni morbosi vengono a porsi in rilievo diverse particolarità interessanti.

Dopo lungo periodo di dolori susseguenti ad un aborto settico l'inferma fu laparotomizzata d'urgenza con taglio mediano sottombellicale.

e si chiuse parzialmente la ferita operatoria per un tamponamento dell'addome. Dopo l'operazione sono residuati dolori ed una fistola addominale, da cui geme scarsa quantità di pus, e durante i mestrui, anche del sangue. L'esame ginecologico dimostra la presenza nel bacino di una grossa massa utero-annessiale, bernoccoluta, dolente, fissa. L'esplorazione del tramite fistoloso fa constatare che il liquido colorato, iniettato nell'utero, fuoriesce da l'orificio addominale.

La prima idea che si presenta alla mente è dunque che l'inferma abbia subito un intervento sugli annessi o sull'utero, e che una soluzione di continuo di questi provochi e mantenga la fistola addominale. In realtà tale diagnosi, sebbene incompleta, ha corrisposto: l'esame del pezzo asportato ha fatto vedere che nella precedente operazione fu eseguita una annessectomia destra, e che, non avendo tenuto la chiusura del moncone tubarico, il contenuto uterino trovava attraverso di esso la via per giungere sulla parete addominale.

Non era facile invece diagnosticare la presenza del corpo estraneo per quanto insistentemente sospettata. E bensì vero che dinanzi a fistole che non guariscono ed a ferite operatorie che non si chiudono il sospetto che sia proprio un corpo estraneo ad intrattenere la suppurazione è quello che deve guidare il chirurgo, ma nel caso in esame la fenomenologia clinica già era sufficiente a spiegare la persistenza della fistola; se infatti il liquido colorato iniettato nell'utero fuoriusciva dall'orificio fistoloso addominale era logico il pensare che fosse appunto l'anormale pervietà di quest'organo la sola causa della fistola. D'altra parte l'esame radiologico dell'addome e la esplorazione radiologica dell'apparato genitale facevano escludere almeno la presenza di corpi estranei opachi ai raggi X. La diagnosi precisa e completa sicchè, facile al tavolo operatorio, non poteva assolutamente trovare degno e serio lume sui soli segni clinici.

E non mi fermo a considerare come ed in quanto la presenza del tampone abbia favorito o provocato la pervietà del moncone tubarico, giacchè è ovvio che una lunga suppurazione pregiudichi qualunque legatura e qualunque sutura.

Credo invece molto utile ricostruire, nei limiti del possibile, la modalità con cui si è potuta verificare la dimenticanza del tampone nell'addome. Trattandosi in verità di un pezzo di garza piccolo, due ipotesi si affacciano: o il tampone è stato dimenticato nell'addome durante l'atto operativo, oppure, e ciò è forse più probabile, il tampone è rimasto nell'addome perchè non estratto nelle medicazioni. Di solito infatti i tamponi lasciati per drenaggio nella cavità addominale vengono ritirati ed accorciati a poco a poco, per tappe, sicchè è verosimile che dopo successivi accorciamenti, il pezzo ultimo rimasto sia stato aspirato nel fondo della ferita, e non più trovato nella successiva medicatura, lasciando la illusione che sia stato completamente asportato. E ciò è specialmente facile a verificarsi quando il malato viene medicato alternativamente da più persone, le quali non possono sempre essere edotte di quel che nella medicazione è stato fatto da altri il giorno innanzi.

Il risucchio od aspirazione di un tampone dentro l'addome è una evenienza possibile e che già altri autori hanno constatato. Fra gli altri Uray riferisce che in una resezione di stomaco per ulcera duodenale perforata nel pancreas, ed in cui aveva lasciato un tampone per drenaggio, al quarto giorno, quando egli volle ritirare il tampone, non lo trovò più perchè era stato aspirato dentro l'addome. Sicchè è sommamente opportuno non solo repertare i tamponi lasciati nell'addome, ma continuare sempre a repertarli durante le medicazioni finchè non sono completamente ritirati.

L'associazione curiosa ed eccezionale di un tampone dimenticato nell'addome con una fistola utero-addominale mi spinge ad insistere sulle grandi difficoltà riscontrate, in genere sempre, a diagnosticare il corpo estraneo, difficoltà che spesso sono tali da rendere, come nel caso in esame, assolutamente impossibile una diagnosi esatta. Ho discusso più sù la frequente insufficenza dei segni clinici: qui ricordo ancora l'insufficenza degli esami radiologici, quando si tratti di corpi estranei non visibili ai raggi X. È appunto per rendere più facile la diagnosi di tali corpi estranei, e per mettere a riparo il chirurgo da responsabilità talora gravi, che molti autori hanno proposto di adoperare nelle operazioni materiale radiologicamente visibile. Halban ha suggerito di porre un anello di ferro nichelato in ogni compressa. Doderlein fa mettere un filo di bronzo. Reduer ha proposto anch'egli di porre nelle compresse e nei tamponi un mezzo di contrasto che avesse la medesima assorbibilità e la medesima sterilizzabilità della garza (nella tessitura, della garza viene introdotto in spazi di due-tre cm. un filo impregnato di sostanza opaca ai raggi X, ad esempio precipitato colloidale di un silicato di zinco, tannato di piombo, volframato di zinco): ed ha documentato con radiografie quanto riesce prezioso il suo

metodo, la cui mercè si rendono ben visibili tamponi grandi o piccoli lasciati nell'addome od in qualunque altra regione del corpo. Eventualmente ogni operato potrebbe essere sottoposto a controllo radiologico prima di lasciare l'Ospedale, ed in qualche caso pure tale controllo potrebbe essere eseguito prima della chiusura dell'addome. Con questo mezzo si verrebbero spesso ad evitare, o per lo meno a diminuire le conseguenze, non di rado catastrofiche, della guarigione apparente nei tamponi dimenticati, nonchè mettere a riparo l'operatore dalle accuse di trascuratezza, e proteggerlo dalle richieste di risarcimento di danni da parte del colpito.

Cahm calcola infatti che la mortalità in queste cosidette guarigioni apparenti, che poi richiedono una ulteriore operazione, è relativamente grande (38-39 %), sicchè la precocità della diagnosi ha di certo la sua importanza: se per ciò un mezzo relativamente semplice offre un grande aiuto, è bene, a me sembra, prenderlo in seria considerazione.

## RIASSUNTO.

L'A. riferisce l'osservazione di un tampone di garza, che dimenticato nell'addome durante una operazione ginecologica, aveva provocato o per lo meno favorito lo stabilirsi di una fistola utero-addominale. Egli ha operato con successo la malata, asportando il tampone.

Discute e studia le difficoltà che spesso si incontrano nel diagnosticare i corpi estranei dimenticati nell'addome ed indica qualche mezzo atto a facilitare tale diagnosi. Suggerisce inoltre qualche accorgimento tecnico che valga a prevenire le dimenticanze dei corpi estranei stessi.

## BIBLIOGRAFIA.

DEDERLEIN A. *Zur Frage des Zurucklassens von Stopftuchern in der Bauchhohle*. Münch. Med. W., pag. 2096, 1928.

CAHM N. *Nachweis in der Bauchhohle Verbliebener Stopftucher und Tupfer*. Tag. D. Dtsch.-Ges. of Chirurg., 1929.

STEIN, JOZEL. *Ueber pseudo-tuberkulose Knotchen des Peritoneum*. Warszaw. Czess. Lek., p. 609, 1928.

*Uberschene Fremdhrper*. Zbl. für Chirurg., p. 2960, 1928.

RABINOWISCH J. *Ein Fall von Fremdkorper in der Bauchhohle*. Ibid., p. 1092, 1929.

FENKNER. *Fremdkorper an einer Gastroenterostomien*. Arch. Klin. Chirurg., p. 177, 1929.

FURTENAU J. *Ueber Darmperforationem Verschluckte Fisch Gräten*. Dtv. M. W., p. 1135, 1929.

GLEBOVIC V., und. L. PAPE. *Zur Frage über bei Operationem vergessene Fremdkörpe*. Leningr. Med. Z., 1928.

GLEBOVIC V. *Ueber Fremdkörper in der Bauchhohle*. Vest. Chirurg., n. 28, p. 299, 1929.

KINGREEN O. *Fremdkörper in der Harnblase eines Kindes*. Zentr. Chirurg., p. 1090, 1929.

BLARSE C. *Fishboner as a cause of intestinal perforation*. New England J. Med., 1929.

ACKERMANN H. *Ein Fall von Fremdkörper in Bruchdarm*. Zbl. Chirurg., p. 2577, 1929.

YOUNG A. *A Piece of Stuk, Live and a holf inches lung, in the smoll intestine*. Brit. Med. J., p. 955, 1929.

TCHERLOK R. *Les corps étrangers dans les organes uro-génitaux de la femme*. Ginéc. et Obst., p. 465, 1929.

NAUGEBAUER F. *Seltener Fremdkörper in Mastdarm und Kolon*. Bruns Beitr., p. 147, 1929.

MYERSON M. *Foreign Bodies in the stomach and intestines*. Zoug Jsland Med., 1929.

SILVESTRINI. *Perforazione intestinale da spina di pesce*. Gazzet. int. med.-chir., 1929.

WACZEK-ISTUAN. *Fremdkörper in den weiblichen Genitalen*. Orv. Hetil., 1929.

SCHOUBAUER L. *Ueber Fremdkörper in Werdauungstrakt*. Wien. med. Wsch., 1929.

PALMEN A. *Ein Fremdkörper als Ursache einer scheinbaren Geschwust*. Duodi. Helsingfors, p. 323, 1930.

LEONENKO P. *Zur Frage ueber falscke Geschwulste der vorderen Bauchwand, die durch Fremdkörper, aus der Darm geraten*, ecc. N. Clin. Arch., pag. 448, 1929.

ROSSER-CURTIN. *Colon forcing bodies*. J. Amer. Med. Assoc., pag. 368, 1929.

OCHLECHER F. *Ueber Fremdkörper in Duodenum*. Med. Klin., p. 583, 1929.

SCHIERLITZ, KURT. *Ueber einen differentialdiagnostich und esachtlish bemerkenswerten Fall von Fremdkörper in Darm*. Z. Kind., p. 194, 1930.

BOROXSKII P. *Zur Kasuistik der Fremdkörpers, die wahrend einer Operation in der Bauchhöhle belassen wurden*. Med. Mysl. Uz., 1929.

BIESENBERGER H. *Einwandernug einer intraperitoneal zuruchgelassenen Bauchkompresse in den Dunndarm*. Zbl. Chirurg., p. 1781, 1930.

TAMOTSU. *Ueber den entzündlichen Bauchwandtumor, lenorgenefen durch fremdkorper*. Okaja. Jga. Zass., p. 1523, 1930.

HELLICH V., H. SIKL. *Peritoneal Pseudotuberkulose nach Fremdkörper*. Zbl., n. 822, 1930.

SINICÈNKO J. *Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Bauchhohle*. Vrac. Del., 1929.

HIGGINS, GRANT. *The absorption and transference of particulate material by the great omentum*. Surgery Ac., p. 851, 1930.

URAY V. *In die Bauchhohle gelangte Fremdkörper*. Tag. der meg. Ges. f. Chirurg., 1930.

BOERNER E. *Bemerkungen zun dem Aufsatz von etc.* Zbl. Chirurg., 1930.

LEVAY J. *Vorben. des vergessens von Fremdkörper in der Bauchhohle*. Tag. der. meg. Ges. f. Chirurg., 1930.

PUNTIGAM, FRANZ. *Ein Beitrag zu dem Kapitel Zuruckbleiden von Fremdkörper in Operations wunden*. Zbl. Chirurg., 1931.

MICHAELIDES. *Zur Frage der nach Laparatomien in der Bauchhohle zuruckgelassenen Fremdkörper*. Münch. med. W., p. 1705, 1931.

# SUNTI E RASSEGNE.

## ONCOLOGIA.

### Presenza di un principio specifico nell'urina degli individui affetti da cancro. Applicazioni a un procedimento di diagnosi del cancro.

(M. ARON. *Presse Méd.*, 23 maggio 1934).

L'ipotesi che ha guidato le ricerche dell'A. è stata che dai tumori maligni possano originarsi delle sostanze, prodotte sia dalla degenerazione delle cellule cancerose, sia dagli scambi nutritivi propri a queste cellule, se non da elementi parassiti eventualmente presenti nei tumori, e che tali sostanze siano escrete con l'urina.

Dovendosi ricercare un teste morfologico dell'azione di questo o di questi principî ipotetici, l'A. ha pensato che la corteccia surrenale, per la sua sensibilità ai diversi agenti di intossicazione endogena o esogena, potesse rispondere con modificazioni precise alla loro influenza, e l'esperienza ha confermato questa supposizione.

Per ottenere il principio attivo ad un tasso sufficiente, senza essere costretto ad iniettare agli animali quantità troppo grandi o tossiche di liquido, l'A. ha pensato di precipitare le sostanze responsabili della reazione, secondo la tecnica seguente:

Un volume di urina fresca è addizionato a 3 volumi di alcool a 95°. Si agita. Si forma un precipitato, più o meno abbondante, che si sedimenta lentamente. Terminata la sedimentazione, si decanta la parte limpida e si centrifuga il resto. Il precipitato, sommariamente disseccato, viene ripreso con una certa quantità di siero fisiologico in modo da concentrare in 5-10 cc. il precipitato proveniente da 100 cc. di urina, e la sospensione è agitata fortemente e lungamente. Si filtra. Il principio attivo si trova nel filtrato, al quale si aggiungono alcune gocce di tricresolo al 3 % e si conserva in ghiacciaia.

Questo filtrato viene iniettato sotto la pelle di conigli di 1500-2000 gr.

Per ottenere risultati costanti conviene iniettare agli animali la soluzione del precipitato corrispondente a 750-1000 cc. di urina.

Le iniezioni sono ripetute per varî giorni, 2-3 in media, in ragione di 2 iniezioni di circa 10-12 cc. al giorno. L'autopsia è praticata due giorni dopo l'ultima iniezione.

Le surrenali dei conigli trattati sono disseccate e fissate per qualche ora nel liquido di Zenker formulato al 7 %. Dai pezzi, inclusi in paraffina, si allestiscono dei preparati di 5-6 μ colorati semplicemente con glichemalun-eritrosina.

Nei casi di cancro la cortico-surrenale mostra una modificazione tipica. Nella zona fascicolata i vacuoli lipoidici scompaiono, gli spongiociti diminuiscono di volume ed il loro citoplasma prende un aspetto compatto e vivamente colorabile.

Questa reazione sembra costante. Non si è potuta stabilire alcuna distinzione fra i tumori maligni, quale che sia la loro natura o la loro sede.

L'urina di individui sani o di malati affetti da malattie acute o croniche non cancerose resta senza effetto apprezzabile sulla surrenale. L'A. dispone al riguardo di più di 80 osservazioni di controllo e pensa che la reazione del cancro sia specifica, per quanto ancora non si possa affermarlo come una regola assoluta.

Per evitare cause di errore nella esecuzione della reazione, le urine devono essere trattate rapidamente dopo l'emissione o almeno conservate in ghiacciaia o addizionate con alcool; l'alcool destinato alla precipitazione deve essere di titolo 95° ed è utile conservare in ghiacciaia la soluzione iniettabile ottenuta. Ma è sopratutto nelle variazioni individuali della surrenale che risiede la difficoltà più importante di interpretazione. I conigli di peso inferiore a 1500 gr. hanno talora una surrenale piccola, relativamente poco ricca di lipidi nella corteccia; d'altra parte, eccezionalmente si trova in conigli da 1500 a 2000 gr. delle surrenali molto più voluminose, con spongiociti più grossi, più ricchi in lipidi che normalmente. Bisogna dunque paragonare l'immagine di una reazione del cancro, in una surrenale molto grossa, non con quella di una surrenale normale più piccola, ma con quella di una surrenale dello stesso volume approssimativamente.

Quanto alla interpretazione della reazione, l'A. si è domandato se essa non dipenda da un processo, non specifico, di reazione ad un principio specifico dotato di proprietà antigenica. Ha pertanto ricercato se, sotto l'influenza del principio canceroso, il sangue degli animali trattati acquisti delle proprietà nuove riferibili a formazioni di anticorpi. A tale scopo, il siero del sangue totale di coniglio preventivamente trattato con l'urina di cancerosi venne iniettato una o due volte ad un coniglio normale che, da 3 a 8 giorni dopo, ricevette secondo il metodo abituale, l'estratto urinario di canceroso. La cortico-surrenale di questo animale restò intatta o dimostrò una reazione attenuata.

Il siero di conigli normali o di conigli trattati con estratto urinario di malati non cancerosi non impedisce la reazione della surrenale sotto l'influenza del principio canceroso.

Dunque, il sangue di coniglio acquista, sotto l'influenza del principio dell'urina del canceroso, una proprietà nuova che, comunicata con l'iniezione del siero ad un altro coniglio,

rende in esso inoperante l'azione dell'urina cancerosa.

L'A. crede di potere interpretare questo fenomeno come l'espressione della formazione di anticorpi nel sangue del coniglio, in presenza del principio estratto dalle urine di malati affetti da tumore maligno, ed è pertanto indotto a considerare questo principio come un antigene specifico.

In un certo numero di esperienze, in luogo di iniettare preventivamente ai conigli il siero di sangue di animali trattati con estratto di urina di cancerosi, l'A. ha loro iniettato da 16 a 40 cc. di siero di sangue prelevato da malati affetti da neoplasma. In 6 casi su 7 la reazione è stata inibita. L'A. vede in ciò non una dimostrazione, a causa del numero ristretto di saggi effettuati, ma una indicazione che il sangue dei cancerosi possiede la stessa proprietà che viene conferita al sangue del coniglio dalla iniezione di estratto di urina di cancerosi.

Quanto all'origine del principio dell'urina dei cancerosi, due ipotesi possono essere legittimamente avanzate. O che il principio in causa provenga dalle cellule cancerose, sia che venga liberato per la degenerazione di alcune di esse, sia che derivi da condizioni proprie al loro metabolismo; o che esso provenga da un parassita o da un microbo.

C. TOSCANO.

## La teoria infettiva della genesi dei tumori.

(W. N. MANN. *Guy's Hospital Reports*, aprile 1934).

La teoria parassitaria o infettiva nella genesi dei tumori, per quanto in auge in questi ultimi tempi (?!), non è affatto nuova. La somiglianza, per esempio, della malattia di Hodgkin con i granulomi specifici quali il tubercolo e, per il suo carattere invadente, con le neoformazioni blastomatose, hanno già da tempo fatto pensare ad un agente specifico infettivo quale causa della formazione dei tumori. Di più, in alcuni tumori furono scoperti dei corpiccioli che si credettero essere dei protozoi ma che poi si riconobbero quali prodotti di disintegrazione delle cellule.

Il primo degli organismi accusati di provocare la formazione dei tumori fu il B. neoformans. È interessante a questo riguardo notare che il primo cancro prodotto sperimentalmente fu ottenuto per mezzo di una infezione con parassiti animali. Fibiger osservò che un verme nematode era presente in un carcinoma dello stomaco di un ratto: egli riuscì a provocare la formazione del tumore in altri ratti normali. Ma ulteriori conferme dovevano venire alla ipotesi che un agente infettivo può, almeno entro certi limiti, agire quale fattore causale nella produzione di tumori. (*I lavori e gli studi del nostro Sanfelice sono ignoti all'A. - N. del Redatt.*). Tali conferme vennero specialmente dallo studio del sarcoma dei polli di Rous e di tumori similari. Il primo è un sarcoma fusocellulare e si è visto che può essere trasmesso da un animale all'altro per mezzo di filtrati acellulari: ciò ha fatto pensare, per quanto la prova non sia stata raggiunta, che questo filtrato contenga un virus vivente aspecifico ed una sostanza chimica aspecifica. Nessuna delle due ha alcun effetto se non accompagnata dal suo complemento.

Negli ultimi anni la lista di tali tumori trasmissibili si è accresciuta e molti di essi sono oggi ben conosciuti.

L'altro fattore che può far pensare ad un agente infettivo nella etiologia dei tumori è la caratteristica immunità verso uno di tali tumori, che si può ottenere, per es., iniettando del sangue di animale affetto da tumore in un animale della stessa specie ma sano. In tali casi ogni tentativo di trapianto riesce inutile.

Altri esperimenti, tendenti a dimostrare che un tumore inibisce lo sviluppo di un altro tumore, sono risultati nulli: del resto ciò sarebbe contrario a quanto si è visto nel campo clinico.

Ma anche ammettendo che in un determinato numero di casi un sarcoma può essere causato da un virus o da un qualche altro agente di ignota natura, ciò dice molto poco sulla natura o per lo meno sul meccanismo di formazione dei tumori. Così noi sappiamo che alcune determinate condizioni — la gastrite cronica acloridrica per es. — predispongono al carcinoma gastrico; che il carcinoma della vescica è frequente nei lavoratori di anilina ed è quindi evidente che l'anilina abbia una qualche importanza nella genesi del processo carcinomatoso. Ma la cosa inspiegabile non è che alcuni di tali lavoratori di anilina sono affetti da cancro, bensì che non tutti ne siano affetti. Ciò per dire che se per un determinato tumore un virus vivente è stato riconosciuto quale agente causale, ciò non significa che tutti i tumori debbano riconoscere una etiologia similare.

Oggi sembra quasi che vi sia la tendenza a rifiutare il nome di tumore a tutte quelle neoformazioni per le quali è stata trovata una spiegazione etiopatogenetica. Così molti adenomi della tiroide e della prostata sono ora classificati come iperplasie.

I tumori, come tutte le altre malattie, dovrebbero essere considerati da un punto di vista biologico. Bisogna pensare che ogni variazione nell'ambiente e nei tessuti vicini può portare reazioni le quali possono in qualche maniera stimolare la media di sviluppo di un tessuto, spesso a spese della sua differenziazione. Il volere assumere che tutti i tumori provengono da un'infezione equivale a sostenere che tutti provengono da residui embrionali: sia l'una che l'altra ipotesi non è sostenibile.

Le cause di variazione nei tessuti vicini che possono stimolare lo sviluppo di un tumore sono evidentemente una legione. Ma vi è un altro fattore da considerare e questo è la tendenza alla formazione dei tumori in ciascun individuo.

Partendo da un tale punto di vista si può pensare che un virus possa agire come una delle altre moltissime possibili cause carcinogeniche e cioè provocando alterazioni locali tali che il tessuto normale cessa di crescere e di differenziarsi entro limiti normali, ciò che è desiderabile funzionalmente; ma invece si sviluppa a spese della differenziazione.

Questo è quanto si può pensare della teoria infettiva della formazione dei tumori: un virus può provocare la formazione di un tumore. Se questa sia una azione diretta o indiretta è impossibile dire oggi.

Non esiste una sola causa di formazione dei tumori. Quando un tumore cresce, vuol dire che c'è stato un qualche sconvolgimento nei dintorni del tessuto, in quelle condizioni esterne che controllano lo sviluppo e la differenziazione cellulare attraverso la vita.

G. LA CAVA.

## La cheilite ghiandolare (stato precanceroso del labbro inferiore).

(TOURAINE e SOLENT. *Presse Méd.*, 3 febbraio 1934).

Sotto il nome di *Cheilitis glandularis apostematosa* Richard Volkmann descrisse, nel 1870, un'affezione cronica speciale del labbro inferiore, caratterizzata da una iperplasia delle ghiandole mucose e del loro canale escretore, dall'ispessimento leucoplasiforme della mucosa labiale e da una suppurazione di superficie.

Più recentemente altri AA. hanno dimostrato l'esistenza di forme semplici o pure, senza suppurazione, di questa cheilite e hanno insistito sulla grande frequenza dell'evoluzione maligna di questa malattia che deve essere considerata come un vero stato precancrenoso.

Malgrado il numero ristretto di osservazioni pubblicate, la cheilite ghiandolare è assai estesa, almeno in certi paesi, e merita di essere meglio conosciuta.

L'etiologia è ancora imprecisa. La razza, il sesso non hanno alcuna importanza. Quanto all'età, gli adulti, da 20 a 40 anni, sono particolarmente colpiti. Sutton ha tendenza ad ammettere una predisposizione congenita. Le malattie generali non sembra abbiano importanza. Le affezioni locali sembra che ne abbiano, ma in un terzo dei casi lo stato della bocca e dei denti era normale.

La cheilite ghiandolare si presenta sotto due aspetti clinici molto differenti.

Talora è silenziosa e non si manifesta che con alterazioni della mucosa labiale tanto lievi da non essere riconosciute che ad un esame accurato. È la cheilite ghiandolare semplice o pura.

Talora diviene infiammatoria, con *poussées* subacute, e porta ad una suppurazione superficiale. È la cheilite ghiandolare apostematosa o malattia di Baelz.

Si considera la forma apostematosa una complicazione della forma semplice, dovuta a infezione microbica secondaria.

1) *Cheilite semplice*. La sede è fissa. La malattia inizia sempre sul terzo medio del labbro inferiore; più tardi si estende lungo questo labbro rispettando quasi sempre le commissure. In larghezza si estende sulla mucosa del labbro inferiore che resta visibile quando la bocca è chiusa.

L'inizio è quasi sempre insidioso, l'indolenza è completa, il disturbo funzionale nullo. Alcuni soggetti hanno tuttavia le labbra delicate, che si ulcerano facilmente.

Nel periodo di stato il labbro inferiore non è che poco o punto deformato, nè aumentato di volume nè proiettato in avanti. Esaminando il labbro da vicino si distinguono delle piccole macchie rosso vivo o violacee, delle dimensioni di una testa di spillo, formate da una depressione infundibuliforme e al centro dal minuscolo orificio del canale escretore di una ghiandola salivare.

Inizialmente le macchie non sono rilevate, più tardi è frequente constatare una leggera salienza sulla mucosa ed allora acquistano alla periferia una tinta opalina o biancastra, di aspetto leucoplasico. Talora si può, alla palpazione, percepire come dei piccoli noduli, corrispondenti alle ghiandole iperplastiche.

Se si comprime il labbro, nel suo spessore, praticando fra le dita una specie di massaggio, dall'orificio di uno o di parecchi crateri vien fuori una gocciolina di liquido mucoso, un po' filante, chiaro come acqua e nello stesso tempo la superficie del labbro diventa bernoccoluta per ernia delle ghiandole sottostanti. Questo segno è assai caratteristico.

Infine è possibile cateterizzare gli orifici più larghi.

In questa forma di cheiliti i sintomi funzionali sono nulli.

L'evoluzione è essenzialmente cronica, talvolta interrotta da *poussées* congestizie, nel corso delle quali l'indolenza diviene meno assoluta. Esse sono talora l'indizio del passaggio della cheilite alla forma suppurata.

La prognosi deve restare riservata. La trasformazione cancerosa non è rara. Sembra anzi che le forme semplici, antiche e leucoplasiformi, espongano a questa grave complicazione più spesso che le forme suppurate.

2) *Cheilite apostematosa o suppurata*. La sede è uguale, ma talora ha tendenza a guadagnare le commissure e anche il labbro superiore. L'inizio è anche qui assai insidioso.

Nel periodo di stato il labbro inferiore si gonfia progressivamente, si proietta in avanti, diviene duro e immobile. Sulla zona affetta si notano delle croste spesse, irregolari, umide, nerastre e maleodoranti, aderenti. La loro estrazione è dolorosa e provoca piccole emorragie, difficili a frenare.

La mucosa è erosa, fissurata o ulcerata, sempre di un rosso vivo o violaceo. Su questo fondo si notano, in numero e a disposizione irregolare delle piccole rilevatezze, di cui la periferia ha un aspetto biancastro, leucoplasico e di cui il centro, rimasto rosso, è occupato da una depressione cupoliforme al fondo della quale si vede spesso l'orificio dilatato di un canale escretore.

Questa depressione è abitualmente piena di un liquido puriforme. L'esame batteriologico non dimostra che piogeni banali. Non esistono adenopatie carotidee, sottomascellari o sottomentoniere. Si trova abitualmente un certo grado di stomatite e di gengivite.

I sintomi funzionali sono spiccati. La tensione, i leggeri dolori, l'immobilizzazione del labbro ostacolano la suzione, la masticazione, disturbano l'emissione delle consonanti labiali. Ma lo stato generale resta buono, non v'è nè febbre nè malessere.

Lasciata a sè stessa, l'evoluzione della chieilite suppurata è assai lunga; essa non ha alcuna tendenza alla guarigione ma solo presenta dei periodi di remissione o di aggravamento.

La prognosi è aggravata dalla possibilità di una trasformazione cancerosa.

La *diagnosi* è assai agevole. Quanto al *trattamento* la cheilite resiste a tutti i topici. I migliori risultati si sono ottenuti con la radioterapia. C. TOSCANO.

# MISCELLANEA.

## Le lipoidosi.

(S. J. THANNHAUSER. *Klin. Woch*,, 3 febbraio 1934).

Col nome di lipoidosi si intendono le malattie del ricambio dei lipoidi: le nostre conoscenze su questo gruppo di malattie sono ancora all'inizio, per quanto un po' di luce sulla loro essenza sia stata apportata dalle recenti ricerche sulla costituzione chimica dei lipoidi e dai progressi della metodica chimica clinica.

Fra le lipoidosi la più anticamente conosciuta è certamente la *xantomatosi essenziale*, la quale per la prima volta osservata da Rayer nel 1835 come « plaques jaunâtres des paupières » ed in seguito da Gull e Addison come « vitiligoidea planum et tuberosum ». Come *malattia di Gaucher* è conosciuta una malattia della milza, la quale si accompagna ad una notevole splenomegalia: le ricerche di Lieb, Epstein e Lorenz hanno dimostrato che il morbo di Gaucher null'altro è che una lipoidosi cerebrosidica la quale invade non solo la milza ma anche il reticolo endotelio degli organi ematopoietici. La terza malattia che va aggiunta al gruppo delle lipoidosi è la *malattia di Niemann-Pick*, che riconosce la sua origine in una alterazione del ricambio dei fosfatidi. In questa non solo le cellule del reticolo della milza e del fegato ma anche le cellule epatiche e del cervello sono talmente cariche di materiale lipoideo, che la loro struttura cellulare non è più riconoscibile.

È opportuno prima di illustrare queste malattie accennare al chimismo delle sterine, il cui ricambio è alterato nelle xantomatosi. Nell'organismo umano, fra le varie sostanze del gruppo delle sterine, si è potuto trovare soltanto la colesterina e il suo estere e in piccola quantità la diidrocolesterina e in minima la vitamina D.

L'organismo umano ed animale non dipende, per il suo bisogno in colesterina, dalla introduzione con gli alimenti: esso stesso può sintetizzare le sterine. Le ricerche di Schönheimer e dell'A. hanno dimostrato che lo stato del bilancio colesterinico nell'uomo è indipendente dalla introduzione con alimenti e può essere regolato per sintesi nel ricambio intermedio.

Di tutte le sterine, solo la colesterina è riassorbibile nell'intestino: l'ergosterina stessa che non è riassorbibile dall'intestino, lo diviene soltanto quando sia irradiata.

Per il riassorbimento della colesterina sono necessari i grassi: probabilmente la colesterina può venire riassorbita anche per mezzo di sostanze idrofile come gli acidi della bile. I dosaggi della colesterina nel sangue si fanno sul siero. L'eliminazione della colesterina avviene attraverso la bile e l'intestino, più forse attraverso quest'ultimo. La maggior parte della colesterina che viene eliminata dal ricambio intermedio nell'intestino, è di nuovo riassorbita. Non così per la diidrocolesterina che viene eliminata. La coprosterina, che è un isomero della diidrocolesterina, è trasformata dai germi intestinali in colesterina, che può essere riassorbita.

Se ci domandiamo quali alterazioni del ricambio possano portare ad un accumulo di colesterina, vengono in campo le seguenti possibilità:

1) la ritenzione di colesterina si spiega con un disturbo della eliminazione di essa;

2) oppure è in causa una malattia la quale provoca una maggiore formazione intermediaria di sterine;

3) oppure il bilancio fra colesterina ed esteri colesterinici nel ricambio intermedio è alterato, sì che per il trasporto di maggiori quantità di colesterina non vengono formati esteri a sufficienza e la colesterina libera si accumula in grandi quantità;

4) infine la possibilità di un accumulo lo-

cale di colesterina per alterazioni degenerative primarie di un organo e conseguente deposito di colesterina.

Volgendoci ora al quadro clinico delle alterazioni causate da un accumulo di colesterina nell'organismo vediamo come la xantomatosi essenziale sia la più frequente relativamente fra le alterazioni del ricambio colesterinico. Colpisce tutte le razze, in tutte le età; più frequente nella donna, la sua forma più comune consiste in un piccolo nodulo giallo che si può ritrovare in un punto qualsiasi della cute, della mucosa, delle vie respiratorie, del tratto intestinale e delle vie biliari: questa forma a piccoli nodi, come acne, è molto più frequente di quella a grossi nodi, simili a tofi, che si trovano in genere in vicinanza dei tendini e delle fascie muscolori.

Le regioni più colpite dai piccoli nodi sono le palpebre, i gomiti e le regioni glutee, per i grossi nodi il tendine di Achille e le guaine tendinee della mano.

Il quadro microscopico di questi nodi è caratterizzato da grosse cellule, le quali si mostrano, dopo fissazione in alool, vacuolizzate, perchè le masse steriniche vengono disciolte dall'alcool: queste grosse cellule vengono chiamate *cellule a schiuma*. Se si esamina però il preparato senza fissazione in alcool si nota che tali cellule sono ripiene di sostanza birifrangente. Ma negli stadi ulteriori il quadro microscopico suddescritto cambia: intervengono modificazioni secondarie, per immigrazione di fibroblasti, di elementi istiocitari, di cellule rotonde ed eosinofile: si manifestano alterazioni proliferative a carico dei vasi sì che si viene ad avere il quadro più di un granuloma che di uno xantoma; il sopravvenire di *cellule giganti da corpi estranei* negli stadî ulteriori rende il riconoscimento dello xantoma ancora più difficile.

Una forma clinica caratteristica di xantomatosi è quella a tipo eruttivo, frequente specie nei giovani: è come una forma di acne che si diffonde a tutto il corpo: le piante delle mani e dei piedi sono simili a quelle della xantosi diabetica: tale forma eruttiva può anche essere transitoria ma il più spesso rappresenta l'inizio di una serie di gravi disturbi del ricambio e disendocrinici: il quadro della cirrosi epatica e della splenomegalia chiude il più spesso il decorso della malattia. Un tale decorso sintomatico è facilmente spiegabile in quanto le alterazioni granulomatose risultanti dallo xantoma possono aver sede in qualsiasi organo e più specialmente nel fegato, milza ed organi endocrini: si comprende così il polimorfismo del quadro morboso.

Per il clinico ha grande importanza il poter rispondere alla domanda se i nodi xantomatosi si manifestano soltanto nelle alterazioni primarie del ricambio delle sterine oppure se essi possono aversi, come sintomatici, anche in lipemie di altra origine. L'A. crede che il concetto di una formazione secondaria di xantomi debba essere scartato: tutte le xantomatosi dipendono da una sola causa e cioè da una alterazione del ricambio colesterinico che si manifesta appunto con la formazione di xantomi.

Una particolare forma di xantomatosi è quella che va sotto il nome di m. di Schüller-Christian, in cui il tessuto xantomatoso si localizza in corrispondenza delle ossa e principalmente del cranio, con fenomeni di compressione a carico della ipofisi, donde sintomi varî quali diabete insipido, alterazioni dello sviluppo, distrofia adiposo-genitale ecc., che rientrano nel quadro della malattia.

L'invasione dell'orbita da parte del tessuto xantomatoso porta all'esoftalmo, l'invasione della mandibola a caduta di denti e gravi stomatiti. Ma vi sono casi noti di malattia di Schüller-Christian in cui il tessuto xantomatoso aveva invaso, oltre che le ossa, anche la cute e gli organi interni, ciò che significa che non si può fare una netta distinzione fra questa e le altre xantomatosi e che tutte dipendono unicamente da un disturbo del ricambio sterinico. Quale sia il meccanismo di tale disturbo hanno cercato di stabilire le ricerche di varî AA.: quelle del nostro A. e di Schönheimer fanno pensare che nelle xantomatosi esista una alterazione della eliminazione della colesterina e che la colesterina ritenuta si trovi sotto forma di estere. Qualora però lo xantoma si localizzi al fegato e provochi pertanto una lesione anche funzionale di esso, allora si avrà, come in ogni caso di lesione epatica parenchimatosa di qualsiasi natura, la difficoltà da parte del fegato di esterizzare la colesterina e questa verrà eliminata libera. La durata ed il decorso delle xantomatosi variano: sono stati descritti casi venuti a guarigione ed altri che hanno portato rapidamente a morte: il decorso dipende evidentemente dal numero e dall'importanza degli organi che vengono colpiti. Come terapia, Rowland consiglia dieta povera in colesterina: l'A. ha visto buoni risultati da una dieta contenente solo sterine vegetali: riporta quindi uno schema dietetico in cui hanno larga parte frutti, legumi e verdure.

Nella *malattia di Gaucher*, che è la seconda lipoidosi da noi finora conosciuta, la deposizione di lipoidi ha luogo soltanto nelle cellule del reticolo endotelio. Secondo Lieb il lipoide che giunge a queste cellule è un cerebroside, la cerasina. Il quadro clinico è rappresentato da una notevole splenomegalia, da epatomegalia e da ingrossamento delle ghiandole intratoraciche ed intraaddominali.

Le linfoghiandole del collo, dell'ascella e dell'inguine sono meno colpite. Sulla congiuntiva spesso si nota un ispessimento a forma di pinguecola, di colore bruno-giallastro. In molti casi l'esame del sangue dà leuco- e trombopenia con tendenza all'emorragia. Praticando

la puntura della milza o la biopsia di una ghiandola a scopo diagnostico, si vedrà la cellula del reticolo presentare delle alterazioni caratteristiche, che la fanno subito riconoscere come « cellula di Gaucher ». Sul preparato fresco essa appare come una grossa cellula omogenea polinucleata che ricorda per il suo aspetto opaco la sostanza amiloide: dopo fissazione in alcool mostra una struttura a tela di ragno, suddivisa da fibrille.

La malattia comincia per lo più come splenomegalia isolata: in genere evolve silenziosamente e subdolamente senza che il paziente se ne accorga: è in occasione di una visita medica che per lo più viene constatata la splenomegalia. Si distinguono tre stadi della malattia: nel primo, il paziente si sente bene in salute e l'unico sintoma è dato dalla splenomegalia; nel secondo anche il fegato è colpito dall'affezione e si manifestano dolori a carico dei quadranti superiori dell'addome; in questo stadio la milza può diventare molto grossa (se ne sono viste fino a 8 Kgr.!). Il terzo stadio è contrassegnato dalla influenza della malattia sul quadro ematico: si ha tendenza alle emorragie (per la trombopenia concomitante), anemia a tipo ipercromico e leucopenia. Una forma particolare di questa malattia è quella che colpisce lo scheletro, analogamente a quanto avviene nelle xantomatosi: ma la forma ossea della m. di Gaucher è molto rara ed è stata solo una volta diagnosticata in vita: di solito i malati vanno al medico per una frattura spontanea: ai raggi si vede un forte ispessimento della corticale accompagnantesi ad un allargamento del canale midollare.

Esiste anche una *forma acuta* infantile di m. di Gaucher, ma non si è certi se essa non sia piuttosto da considerare come facente parte del quadro della m. di Niemann-Pick.

In genere la m. di Gaucher è a decorso cronico e può durare tutta una vita normale: il pericolo di essa sta in un possibile esteso interessamento del fegato: appunto per ciò si è in questi ultimi tempi sconsigliata la splenectomia in tali casi in quanto verrebbe ad aversi in seguito a tale intervento un forte aumento di volume del fegato. Nella maggior parte dei malati la morte si ha per cachessia e per trombopenia con gravi emorragie.

La malattia conosciuta col nome di *m. di Niemann-Pick* fu creduta dapprima identica al m. di Gaucher: ma ricerche ulteriori compiute da Epstein e Lieb hanno dimostrato che si tratta di due disturbi del ricambio completamente differenti.

La m. di Niemann-Pick è caratterizzata da un disturbo del ricambic totale dei lipoidi. L'accumulo di fosfatidi nel fegato e nel cervello e non solo nelle cellule del reticolo ma anche in quelle dell'organo, rendono ragione del quadro clinico e del rapido decorso di questa malattia. Essa è stata osservata quasi esclusivamente in fanciulli ebrei: è più frequente nelle donne. Per lo più i bambini crescono normalmente nel primo mezzo anno, si ha poi un arresto dello sviluppo e del peso: osservandoli si nota grande aumento di volume del fegato e della milza: l'esame del sangue mostra una grande ricchezza in grassi e lipoidi: oltremodo caratteristico in questi malati è il colorito bruno-giallastro della cute: il quadro ematico dimostra una lieve leucocitosi e una certa vacuolizzazione degli agranulociti. Nell'ulteriore decorso della malattia si sviluppano sintomi neurologici: i bambini non sanno più star seduti, non sanno arrampicarsi: l'esame del *fundus oculi* dimostra colorazione bianco-grigia della retina. Dopo un breve *stadio ipotonico* il bambino diviene rigido ed ipertonico con forte epistotono. Caratteristica è la sparizione quasi completa del tessuto sottocutaneo nelle ultime settimane di malattia. La diagnosi clinica è stata finora fatta mediante puntura splenica: si trovano in tali casi cellule ripiene di gocciole lipoidee, che contrariamente a quanto avviene per la cellula di Gaucher, non sono affatto omogenee. I neuropatologi hanno talvolta trovato queste cellule nella cosidetta idiozia amaurotica: Bielschosky e Pick credono che esista una parentela fra le due malattie.

Riassumendo si può dire che le lipoidosi si dividono in tre gruppi: lipoidosi colesteriniche o xantomatosi, lipoidosi cerebrofidiche o m. di Gaucher e lipoidosi fosfatidiche o m. di Niemann-Pick. Conoscenze più esatte sulla vera etiologia e sul meccanismo di questo nuovo gruppo di malattie del ricambio saranno possibili solo quando siano meglio conosciuti i fenomeno fermentativi che presiedono alla formazione ed alla distruzione di questo gruppo di lipoidi. G. LA CAVA.

## Le stomatiti.

(A. L. SPENCER-PAYNE. *Practitioner*, giugno 1934).

Le stomatiti o infiammazioni della mucosa orale sono quasi sempre processi infettivi provocati dai microrganismi normalmente presenti nella bocca, che acquistano una maggior virulenza in seguito o a lesioni della mucosa o a diminuzione della resistenza generale.

Si distinguono le seguenti varietà di stomatiti: catarrale, follicolare, aftosa, parassitaria, ulcerativa, gangrenosa, medicamentosa.

La *stomatite catarrale* è un semplice catarro della mucosa orale che si verifica in bambini mal nutriti; è di solito accompagnata da infiammazione dello stesso tipo del naso e delle fauci, e spesso anche da esantema. Negli adulti si verifica talvolta in seguito all'uso smodato di fumo o di alcool. La mucosa è arrossata e gonfia. Anche la lingua è gonfia e patinosa, il gusto è diminuito, l'alito fetido, la saliva-

zione profusa. Le gengive sono pallide e gonfie, ma di raro sanguinanti. Nel mangiare si ha qualche molestia, ma mai vero dolore.

Si cura con collutori di clorato di potassio al 2 % o di soluzione satura di borace. Bisogna mangiare cibi freddi o meglio tiepidi.

La *stomatite follicolare o erpetica* è più frequente nei bambini, ma non rara negli adulti. È di solito associata a disturbi intestinali, corizza, infezioni acute (esantematiche, malaria, polmonite). È caratterizzata dalla formazione di vescicole di forma e grandezza varie alle labbra, specie agli angoli labiali, sulla mucosa delle guancie ed anche sulla lingua. Tali vescicole si disseccano dando luogo alla formazione di croste che, se rimosse, si riformano.

Tale forma si cura, oltre che con il trattamento generale adeguato alla condizione morbosa cui è associata, con la rimozione delle pellicole con un batuffolo imbevuto d'acqua calda, e toccando la lesione residua con alcool canforato, eventualmente con nitrato d'argento, oppure cospargendo con polvere di allume. Si può anche applicare una pomata con acido salicilico, fenolo e sottonitrato di bismuto.

La *stomatite aftosa* si verifica nei bambini all'epoca della prima dentizione e negli adulti a seguito di lesioni prodotte dagli spazzolini da denti. Si formano sulla mucosa delle guancie, del solco boccale o sotto la lingua piccole macchie o placche molto sensibili che si trasformano in ulceri dolorosisime.

Si curano generalmente con colluttorî di clorato di potassio e nei bambini giova toccare le afte con tintura di mirra o con soluzione glicerica di borace. Negli adulti si possono toccare con nitrato di argento. Il metodo più semplice e forse più efficace è quello di tenere sulle afte per qualche minuto prima e dopo i pasti un po' d'ovatta imbevuta di glicerina.

La *stomatite parassitaria* (mughetto) dovuta ad un fungo, l'*oidium albicans*, si verifica nei bambini molto deperiti e negli adulti cachettici. La fermentazione acida dei carboidrati alimentari rimasti nella bocca produce una stomatite catarrale che favorisce lo sviluppo del fungo. Si previene con l'accurata pulizia della bocca.

Si inizia con macchie bianche sulla punta della lingua e nelle parti interne. Tali macchie possono confluire fino a tappezzare tutta la cavità orale. Subiettivamente si avverte un senso di fastidio e un po' di dolore nell'atto di mangiare o di succhiare.

Generalmente l'affezione scompare con il miglioramento dello stato generale.

La cura locale consiste in lavande fatte delicatamente a mezzo di soluzione di solfato di soda, e nei casi gravi con soluzione di permanganato o applicazioni di glicerina borata o di polvere di borace.

La *stomatite ulcerativa* o morbo di Vincent sembra prodotta da due microrganismi anaerobî: il bacillo fusiforme e lo spirillo di Vincent. È caratterizzata da ulcerazioni necrotiche dei margini gengivali. Le gengive sono molto gonfie, di colore biancastro e facilmente sanguinanti. Le lesioni possono invadere tutta la mucosa orale e formare sulle gengive ampî focolai di necrosi superficiale. Si può avere la caduta di denti. Spesso si può avere infezione delle fauci con ulcerazioni delle tonsille.

Migliorando lo stato generale l'affezione può avere un decorso benigno, ma si possono avere gravi danni dentarî, distruzione delle gengive e lo stabilirsi di una piorrea incurabile.

La cura è complessa. Si deve consigliare una alimentazione di facile masticazione e digestione e nello stesso tempo molto nutriente e ricca di vitamine. Occorre mantenere regolare l'alveo, vivere quanto più si può all'aria libera, al sole.

I medicamenti proposti per le applicazioni locali sono varî: acido cromico, acqua ossigenata, perborato di sodio (che per l'ossigeno nascente ostacolerebbero la vita degli anaerobî), ed il liquore arsenicale del Fowler e gli arsenobenzoli (come spirillicidi).

Le applicazioni di arsenico danno buoni risultati specie se fatte con arsfenamina in polvere o in soluzione glicerica.

È stata consigliata anche l'applicazione di iodio seguita da quella di una soluzione di nitrato d'argento.

La *stomatite gangrenosa*, detta anche *noma*, o *cancrum oris*, si verifica per lo più in ragazzi mal nutriti o deperiti a seguito di un esantema, ed è rara negli adulti. Non può essere attribuita ad un microrganismo specifico, quantunque qualche volta siano stati trovati il bacillo fusiforme e spirocheti. Il fattore essenziale della malattia è l'abbassamento della resistenza individuale. S'inizia con qualche abrasione della mucosa orale, che poi s'infiamma, s'infiltra con la formazione di un'ulcera che diventa sempre più larga e profonda fino a perforare la guancia. Questa diventa molto gonfia, ma è poco dolente. L'alito è fetido, anzi questo fatto costituisce spesso il primo segno della malattia. La prognosi è grave: la mortalità raggiunge il 90 % dei casi.

Si cura con lavande di sublimato al 2 ‰ seguite da applicazione di acido nitrico fumante per cinque minuti, e quindi nuova lavanda con sublimato all'1 ‰. Ma le maggiori probabilità di arrestare il processo si hanno con l'escissione dell'area necrotica e la successiva cauterizzazione delle parti sanguinanti con il termocauterio.

Le *stomatiti tossiche* sono le più comuni. Possono essere date dal mercurio, dall'antimonio, dall'arsenico, dal bismuto e dal rame.

La stomatite mercuriale è la più frequente e la più nota. I primi sintomi sono dati dal sapore metallico e dalla dolenzia dei denti che si sentono allungati. Le gengive diventano dolen-

ti e gofie, facilmente sanguinanti, si distaccano dai denti. Questi, se il processo dura, tendono a cadere. La lingua si gonfia, c'è salivazione abbondante, l'alito diventa fetido. Il paziente avverte malessere generale.

La cura consiste nella sospensione dell'assorbimento del mercurio e procurando la sua eliminazione con purganti salini. Localmente si faranno lavande disinfettanti con acqua ossigenata e astringenti con soluzione glicerica di tannino al 5 %.

Gli avvelenamenti cronici da antimonio, arsenico, bismuto e rame provocano stomatiti con caratteri simili a quelli dati dal mercurio. Le stomatiti bismutiche sono in più caratterizzate dal fatto che sull'orlo marginale si forma una linea azzurrognola simile a quella del saturnismo e dovuta a deposito di bismuto.

In alcuni individui con particolare idiosincrasia alcuni medicamenti (fenacetina, antipirina, piramidone, barbiturici, salicilati, fenolftaleina, ecc.) provocano un'infiammazione della mucosa boccale anche con formazione di bolle. Tali lesioni possono contemporaneamente manifestarsi ai genitali.

Durante le infezioni esantematiche, il diabete, la pellagra e lo sprue possono aversi stomatiti in rapporto all'alterato stato generale.

In ogni caso il trattamento preventivo e curativo consiste in colluttorî di clorato di potassio o in applicazioni di soluzione glicerica di borace. DR.

## NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

P. GASTINEL et R. PULVENIS. *La syphilis expérimentale.* Étude critique et nouvelles recherches. Masson & C.ie, éditeurs. Vol. di pagg. 244, con 19 figure e 4 tavole. Fr. 45.

Le ricerche degli AA. sulla sifilide sperimentale del coniglio hanno loro offerta la possibilità di portare un contributo personale alla soluzione di importanti problemi, riassunto, insieme con una sintesi ed una esposizione critica delle nozioni attualmente acquisite, nella presente monografia.

Il primo capitolo espone le varie fasi degli studî sulla sifilide sperimentale, dalle imperfette ed erronee esperienze sull'uomo eseguite dal Ricord e da quelle di Wallace, dell'anonimo del Palatinato (Bettinger), Pellizzari ed altri, sino all'epoca nella quale fu dimostrata la possibilità di sifilizzare gli animali, possibilità già intravista in tempi non recenti, ma praticamente dimostrata sulle scimmie antropoidi solo nel 1903 e, dopo la scoperta del treponema pallido, luminosamente confermata nelle scimmie inferiori, conigli (malgrado le difficoltà insorte, per quest'animale, quando ne fu descritta la treponemosi spontanea), cavie ecc. con le ricerche di numerosi sperimentatori (Bertarelli e Volpino fra gli altri).

Un posto a parte dev'essere fatto all'infezione del topo caratterizzata dall'assenza completa di manifestazioni apparenti e di cui gli AA. si occupano in un capitolo a sè.

La storia della sifilide sperimentale delle scimmie e del coniglio formano gli argomenti dei capitoli successivi (II° e III°) nei quali sono messi in giusta luce i contributi (di cui alcuni veramente fondamentali) degli AA. italiani (Bertarelli, Fontana, Parodi, Truffi).

Alla sifilide delle cavie è dedicato il capitolo IV° (Bertarelli, Truffi, Hoffmann che utilizzò il « ceppo » Truffi) ed a quella dei ratti (sifilide inapparente di cui meglio appresso) e di altri animali: gatto, cane, maiale, capra, montone, pecora, cavallo, lama (Bosellini, Lombardo e Tornabuoni, Pasini).

Dopo questa parte storica del loro studio, gli AA. esaminano il problema dal punto di vista delle vie di generalizzazione del virus negli animali da esperimento e del potere infettante delle varie lesioni e dei differenti organi.

Risulterebbe da questi studî che la fase latente, la quale precede l'insorgere dei primi segni della specificità, è già caratterizzata (fatto già del resto intravisto dalla Clinica) da una generalizzazione del virus penetrato nell'organismo prima della comparsa del sifiloma (Quattrini, Podestà, Truffi).

Le inoculazioni negli animali (scimmie o conigli) dei prodotti della sifilide umana dei varî organi e del sangue e nelle sue varie fasi (compresa la sifilide ereditaria); le inoculazioni interanimali (scimmia a scimmia, coniglio a coniglio, inoculazioni incrociate: coniglio e scimmia e viceversa, conigli e topi); la virulenza per l'uomo e le scimmie dei ceppi coltivati per anni sul coniglio sono ampiamente studiate nel capitolo V°.

Nel capitolo VI° sono presi in esame i fattori che possono modificare l'evoluzione della sifilide sperimentale (qualità e quantità del virus, sede e metodo d'inoculazione, terreno normale o modificato, influenza del miluogo ambientale). Vanno qui ricordate specialmente le ricerche sulla influenza delle modificazioni della temperatura atmosferica e di un'alta temperatura, provocata artificialmente nel coniglio, sulla lesione primaria, e l'azione dell'accesso febbrile, causato sperimentalmente iniettando nell'animale le spirochete « morsus muris » (so-dòku). Non occorre rilevare l'interesse di queste ultime ricerche per l'interpretazione della malario-terapia.

Con molto buon senso peraltro gli AA. fanno presenti la difficoltà di precisare per ora i beneficî che la terapeutica umana potrà ritrarre da una più approfondita conoscenza dei fattori capaci di modificare la sifilide sperimentale e raccomandando la massima prudenza nell'adattare alla patologia umana i risultati ottenuti in laboratorio secondo un piano sperimentale prestabilito.

Da questo punto di vista forse è più impor-

tante lo studio che gli AA. dedicano nel capitolo VII° alla sifilide sperimentale inapparente, asintomatica o muta (cui si è già accennato), cioè a quei casi in cui, non essendosi prodotta alcuna lesione nel punto di entrata del virus, purtuttavia l'animale è infetto, come è dimostrato dalla trasmissione dell'infezione ad un animale nuovo. Può darsi che queste ricerche porteranno qualche luce sulla interpretazione dei casi analoghi che la clinica qualche volta ci segnala.

Gli ultimi capitoli trattano della immunità nella sifilide sperimentale (scimmia, conigli) con una serie di notevoli esperienze personali sul coniglio, che mettono in evidenza l'importanza della immunità locale e consentono di precisare il concetto dell'allergia sifilitica ed i suoi rapporti con lo stato di refrattarietà; della natura della immunità sifilitica (umorale, istogena: immunità istogena ed allergia: rapporti fra immunità ed allergia); della reazione di Meinicke nella sifilide sperimentale del coniglio, di cui si dimostra l'attendibilità e la durata e si descrive il tipo evolutivo.

Chiarezza nell'esposizione, rigore nelle esperienze, sobrietà nelle conclusioni sono i pregi essenziali di questa monografia, la quale rappresenta un notevole contributo alla soluzione di problemi, che in breve volgere di tempo hanno assunto tanta importanza scientifica e di cui è facile prevedere prima o dopo una grande ripercussione nel campo clinico: ciò che forse sarebbe prematuro di attendersi sin da questo momento.

Un'ampia bibliografia, riportata a pie' di ogni pagina ed in cui è fatta larga parte, come si è detto, agli AA. italiani, sia pure con qualche dimenticanza che non sarebbe stato difficile evitare, completa questo pregevolissimo lavoro a cui accrescono merito l'edizione corretta (malgrado la mancanza di un indice alfabetico) e le nitide ed espressive figure nel testo e su tavole. V. MONTESANO.

# CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

M. PÉHU. *Les pleurésies à pneumocoques dans l'enfance*. Gauthier-Villars, ed. Paris, 1934. Fcs. 30.

L'A., simpaticamente noto nel mondo pediatrico, tratta in maniera completa l'argomento assai importante di una affezione così frequente e nel tempo stesso tanto grave che colpisce i bambini in modo particolare durante il primo biennio di vita.

Specialmente interessanti sono i capitoli riguardanti la sintomatologia e le difficoltà diagnostiche che sovente si incontrano al letto del malato per una diagnosi esatta delle varie forme cliniche delle pleuriti da pneumococco. A questo proposito giustamente l'A. richiama l'attenzione sul valido contributo dell'indagine radiologica.

In modo esauriente, con acume critico e con competenza tutt'affatto particolare, derivante dalla lunga esperienza acquistata sui piccoli infermi, l'A. discute il capitolo della terapia; in esso sono esposti in modo chiaro utili insegnamenti pei vari casi che possono osservarsi nella pratica.

E pertanto non solo i pediatri, ma tutti i medici pratici debbono essere grati al prof. Péhu di questa pubblicazione, tanto più che nel compilarla (ciò che veramente capita rare volte di osservare) ha tenuto ampiamente conto del contributo portato dagli studiosi italiani su questo argomento.

Prof. SPOLVERINI.

P. NOBÉCOURT e L. BABONNEIX. *Traité de Médecine des enfants*. Vol. IV, p. 960, fr. 150; e vol. V, pag. 900, fr. 150. Masson, Paris, 1934.

Nel 4° volume vengono trattate quelle malattie dell'apparato digerente, che non avevano trovato posto nel volume 3°.

Sono svolti i capitoli riguardanti il peritoneo, il fegato e il pancreas. Fanno seguito le malattie dell'apparato genito-urinario, perfettamente aggiornate per quanto concerne le più moderne vedute sulle nefropatie; le intossicazioni e le affezioni delle ossa, la cui esposizione abbraccia mirabilmente anche tutto ciò che si riferisce all'ortopedia indispensabile al pratico e al pediatra.

Completo e bene illustrato il capitolo sulla dermatologia, ed interessante quello sulla oftalmologia infantile.

L'ultima parte, finalmente, considera in maniera succinta ed esauriente la psichiatria, corredata da buona iconografia dimostrativa.

Il 5° volume è in gran parte dedicato alla neurologia, cui segue un buon formulario di terapia infantile, con capitoli speciali sulla climatoterapia, crenoterapia, fisioterapia e medicazioni biologiche.

Un indice alfabetico generale termina l'opera, rappresentante nel suo complesso un poderoso lavoro a tipo enciclopedico, nel quale nessun argomento che interessi la scienza pediatrica è stato trascurato. M. FABERI.

F. DI BIAGI. *Alimentazione, igiene e cura del bambino*. Vol. in-8°, di 256 pagg. Ist. di S. Michele, Roma. Prezzo L. 20.

La prima edizione di questo libro è stata pubblicata nel 1913, preceduta da una bella prefazione del Concetti che lo dichiarava una guida preziosa per le mamme che lo consulteranno e faranno tesoro delle istruzioni e dei consigli che vi sono contenuti.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L'A. ne pubblica ora la seconda edizione aggiornata e notevolmente aumentata: un insieme di nozioni pratiche, in cui la parte preponderante è dedicata al primo anno di vita, che è quello che realmente richiede le maggiori cure e le più precise attenzioni. Consigli essenzialmente pratici ed esposti sistematicamente con chiarezza, sono le caratteristiche di questo libro, tanto più utile ora che i problemi dell'assistenza all'infanzia sono in prima linea. *fil.*

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## XIX Congresso Internazionale di Medicina Legale e Sociale di Lingua Francese.

L'annuale Congresso della Società di lingua francese di Medicina Legale e Sociale si tenne a Lilla dal 27 al 30 maggio, sotto la Presidenza del prof. Leclerc, segretario generale il prof. Müller.

Intervenne una delegazione italiana composta dei proff. Lattes, rappresentante del Governo e della Società italiana di medicina legale, Cioffi e Diez rappresentanti del Ministero delle Comunicazioni, Di Tullio rappresentante della Società italiana di Antropologia e Biologia Criminale.

Intervennero anche rappresentanti dei Governi belga, jugoslavo, rumeno, greco.

Numerosi i congressisti francesi e belgi intervenuti.

L'accoglienza fatta alla delegazione italiana sia da parte delle autorità civili, militari ed universitarie francesi, che dalla Presidenza del Congresso, furono oltremodo cordiali ed amichevoli.

All'inaugurazione del Congresso e dell'Istituto, il giorno 27, portò il saluto a nome dei delegati italiani il prof. DIEZ di Roma, con una breve allocuzione in lingua latina.

A nome del Governo italiano portò il saluto al Sindaco e alla città di Lilla il prof. LATTES, nel ricevimento offerto dalla Municipalità il 28.

Il prof. DIEZ fu incaricato di presiedere le seduta pomeridiana del 29 nella quale si discussero le relazioni e le comunicazioni di Infortunistica medico-legale e di Patologia traumatica.

Nella seduta antimeridiana del 28 maggio fu discusso il tema: *I gruppi sanguigni in medicina legale ed in antropologia.*

Il prof. LATTES, primo relatore, precisò che allo stato attuale le possibilità di applicazione dei gruppi sanguigni nell'ambito medico-legale concernono principalmente la diagnosi individuale delle tracce, e la ricerca della paternità. Sul primo punto l'O. illustra la grande importanza criminologica che la ricerca ha potuto prendere, che va oltre le tracce sanguigne; in quanto le sostanze gruppo-specifiche sono identificabili nello sperma, nella saliva, nell'urina, e in genere nei prodotti di secrezione ed escrezione.

La saliva anzi è caratterizzata da un alto contenuto in tali sostanze, che ha consentito (all'autore stesso) delicatissimi ed importanti accertamenti pratici sull'identità del fumatore di sigarette. Si riuscì pure a chiarire l'identità gruppospecifica di coloro che usarono biancherie, fazzoletti, ecc., oppure che lasciarono tracce spermatiche a cagione di un reato sessuale.

Per le tracce stesse di sangue, che sono le più frequenti l'introduzione di metodi quantitativi per l'accertamento nel contenuto in isoagglutinogeni ha reso assai più sicura la diagnosi del gruppo sanguigno, facilitando grandemente la sua utilizzazione in giudizio.

Anche la conoscenza della ereditarietà delle proprietà gruppo-specifiche è notevolmente progredita. Innanzi tutto si è meglio approfondita la questione dei sottogruppi, derivandone alcune conseguenze applicabili (sia pure in ambito modesto) alla risoluzione dei problemi di filiazione.

Ma specialmente si è affermata con numerose ricerche (cui ha partecipato anche ampiamente la scuola dell'O.) la esistenza e la trasmissibilità ereditaria di nuove sostanze gruppo-specifiche, indipendenti dai classici gruppi sanguigni. Includendo le meglio note fra tali sostanze nelle indagini forensi, si triplica la probabilità di esclusione di falsi padri, portandola a 1 su 3. Queste nozioni sono già state ammesse come probatorie in varie corti di giustizia.

Ulteriori ricerche ancora in corso, ma per ora non ancora applicabili nella pratica, migliorano ancora queste possibilità, facendo ritenere forse prossima la risoluzione positiva del problema della filiazione.

Seguirono i professori DUJARRIC DE LA RIVIÈRE e KOSSOVITCH con l'esposizione di alcune loro ricerche sui gruppi sanguigni nei diversi gruppi etnici.

Nella seduta pomeridiana del 28 dedicata all'Infortunistica il prof. DE LAET di Bruxelles espose la sua relazione sugli *Esiti dolorosi dei traumi e loro indennizzo*.

Egli, dopo aver ricordato che le percezioni dolorose sono raccolte dai centri talamici ed ipotalamici dai quali partono le reazioni di difesa, e la trasmissione degli stimoli da essi percepiti ai centri corticali i quali creano, alla loro volta, la nozione qualitativa del dolore precisandone la localizzazione, ne mantengono la memoria, e lo evocano, afferma che è difficile distinguere la memoria d'un dolore già esistito e poi scomparso, dall'evocazione immaginativa d'un'algia non preceduta da localizzazioni morbose.

La diagnosi differenziale fra queste due forme di asserito dolore ha grande importanza nelle perizie medico-legali, perchè mentre nel primo caso la rievocazione di sofferenze sofferte è un fatto da mettersi in rapporto col trauma riportato, questo nesso non può ammettersi nella seconda ipotesi.

Passando all'esame dei mezzi per obiettivare il dolore, l'O. afferma che poco assegnamento si può fare su l'azione inibitrice del dolore su alcune secrezioni endocrine, sulle reazioni pupillari, sull'acceleramento del polso, perchè identiche reazioni possono ottenersi in seguito a stimoli puramente emotivi e all'eccitazione psichica.

Maggior valore deve attribuirsi all'aumento della pressione arteriosa, specialmente di quella massima.

Non paiono per il momento utilizzabili, per impossibilità di discriminare le reazioni emotive dai riflessi del dolore, le variazioni della conduttività elettrica della cute sotto la influenza del dolore.

L'O. accenna in ultimo a ricerche da lui fatte, seguendo le indicazioni di Laignel-Lavastine, sulla provocazione di alcalosi nell'urina durante le eccitazioni emotive, sulle modificazioni del Ph.

urinario nelle reazioni dolorose, e conclude asserendo *sembrare* dimostrato che la coscienza del dolore, quando questo sia tale da oltrepassare la resistenza psichica, è acidificante.

Per quanto riguarda l'indennizzazione del dolore l'O. ritiene che la persistenza della memoria di esso non può produrre, nella gran maggioranza dei casi, che una più lunga durata dell'inabilità temporanea. Quando si protragga molto a lungo, si tratta di soggetti affetti da uno stato nevropatico anteriore; il perito allora dovrà, secondo le diverse legislazioni, escludere o tener conto, nella valutazione delle conseguenze dell'infortunio, della parte preponderante o totale che questo stato anteriore esercita nella sindrome di perseverazione.

Quando si tratta di dolori puramente immaginari il perito dovrà ricercare se il fenomeno sia effetto d'una nevrosi anteriore ed in questo caso si ricadrà nell'ipotesi precedentemente esaminata. È da escludersi, invece, qualsiasi indennizzo quando risulti che il dolore sia frutto d'una semplice *sinistrosi* che giustamente la giurisprudenza ha radiato dal quadro nosologico delle lesioni da traumi.

Fra le comunicazioni di traumatologia fu specialmente importante quella del prof. MÜLLER che dimostrò con una serie di proiezioni, gli esiti disastrosi di molte fratture curate con l'osteosintesi.

Le sedute del 29 maggio furono dedicate alla Tossicologia e alla Psichiatria medico-legale.

Fra le comunicazioni di *Tossicologia* poniamo in rilievo quella del prof. FIRKET di Liegi sulle note intossicazioni verificatesi nella vallata della Mosa; del prof. LECLERCQ sulle intossicazioni da tricloroetilena; del prof. FABRE di Parigi su ricerche chimiche su alcune coniosi.

Nella sezione di *psichiatria medico-legale* i proff. RAVIART e VULLEN di Lilla svolsero una importante relazione sulla perizia mentale in contradditorio, che dette luogo ad una lunga discussione.

Furono fatti voti di carattere più generale, circa la riforma del regime penitenziario e la realizzazione di una difesa sociale contro la criminalità, in rapporto anche alla riforma in atto del nuovo Codice Penale francese, orientato fortemente alla individualizzazione della pena, e quindi alla conoscenza ed allo studio della personalità del delinquente.

In quella stessa seduta, a seguito di una comunicazione del prof. DI TULLIO di Roma sull'indirizzo scientifico nella lotta contro il delitto in Italia, il Congresso ebbe ad esprimere il voto che anche in Francia possano realizzarsi le magnifiche riforme che si vanno attuando in Italia e si possa realizzare la fondazione di una Società di Antropologia e Psicologia Criminale, come quella esistente in Italia, allo scopo di poter più sollecitamente arrivare ad una più stretta collaborazione tra i due grandi paesi latini, anche nel campo della lotta contro il delitto.

La seduta consacrata ad argomenti riguardanti le malattie professionali fu tenuta alle miniere di carbone di Bully.

Dopo la discesa, da parte di alcuni congressisti, nei pozzi, e la visita a tutte le installazioni igieniche, fu discussa la relazione del prof. LECLERCQ e del dott. BREHOM, medico capo delle miniere di Bully, su *le fibrosi polmonari dei minatori*. La seduta fu presieduta da Léon Bernard, segretario generale del B. I. T. e dal prof. Carrozzi dell'Istituto ginevrino.

I relatori, a mezzo di una ricchissima documentazione radiografica, dimostrarono che scarsissima è la percentuale dei soggetti affetti da tubercolosi polmonare nei minatori.

Alle stesse conclusioni pervenne il relatore belga dott. GLIBET.

Il prossimo Congresso si terrà a Bruxelles.

S.

## Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 27 aprile 1934.

Presidente: Prof. A. PENSA.

**Ricerche sulla fissazione dell'oro nella cute, mediante l'indagine spettrografica.**

R. CASAZZA. — Essendo scarse le conoscenze sull'azione farmacologica dell'oro, rispetto specialmente alla sua fissazione, permanenza, ecc., nella cute, nei capelli e nei peli, l'O. ha eseguito una serie di ricerche, servendosi del delicatissimo ma sensibilissimo metodo dell'indagine spettrografica. Le ricerche sono state rivolte all'uomo ed al coniglio, in vista di verificare il comportamento dell'oro introdotto rispetto alla cute, ai capelli ed ai peli. Riconfermata la non presenza di oro normalmente nella cute, nei capelli e nei peli dell'uomo, nella cute e nei peli del coniglio (tutti prelevati anche in grande quantità) viene dimostrata la fissazione del metallo — introdotto per via endovenosa sotto forma precipuamente di aurotiosolfato di sodio — nella cute e nei capelli dell'uomo, nella cute e nei peli del coniglio. Con una serie di esperienze mediante dosi di medicamento scalarmente decrescenti, si riscontra che per dosi eccezionalmente basse si ha la fissazione soltanto nei punti di cute lesi, non in quelli sani: per ogni dose più alta, la fissazione avviene su tutto l'ambito cutaneo e vi si ha la permanenza dell'oro per tempi notevolmente lunghi. Dai risultati delle molte indagini eseguite (oltre un centinaio) e qui documentate con vari spettrogrammi originali, dalla discussione dei risultati stessi, posti in parallelo con le moderne conoscenze sul valore della cute nella difesa dell'organismo, l'O. conclude per doversi assegnare alla cute un ruolo speciale, non secondario, nel meccanismo d'azione della crisoterapia, sia essa applicata a malattie cutanee che non cutanee.

**Su di un singolare caso di metastasi polmonare.**

L. FERRETTI. — L'O. riferisce di un singolare reperto radiologico di metastasi del polmone in un paziente affetto da osteosarcoma dell'omero. Il caso, che è stato per molti anni controllato radiologicamente, appare interessante oltrechè per le notevoli dimensioni di una delle masse opache, per la lenta evoluzione della forma stessa ed infine per la degenerazione calcare presentata dalle masse metastatiche.

**Ricerche sulla infezione streptococcica sperimentale nel coniglio.**

F. VACIRCA. — L'O. ha eseguito alcune esperienze, iniettando in conigli streptococchi di diversa

provenienza (Ceppo $A_1$, emolitico; Ceppo $A_2$ anemolitico; Ceppo $A_3$ viridans) allo scopo di indagare la resistenza (sopravvivenza dell'animale) in rapporto alle diverse vie di introduzione del germe (endoarticolare, endoperitoneale, sottocutanea).

Contemporaneamente ha studiato il comportamento del germe iniettato nel cavo articolare o peritoneale di animali precedentemente trattati con vaccini per via endovenosa.

L'O. ha potuto osservare che il tempo di sopravvivenza negli animali infettati per via endoarticolare è sensibilmente più breve in confronto a quanto si osserva negli animali infettati per altre vie.

I germi iniettati nel peritoneo di animali in particolari condizioni sperimentali (immunizzati, sensibilizzati) vengono eliminati rapidamente, mentre se vengono iniettati nel cavo articolare si sviluppano provocando fenomeni infiammatori o degenerativi nei tessuti circostanti.

*Il Segretario*: BIANCHI.

## Accademia Pugliese di Scienze - Bari.

Seduta del 12 giugno 1934.

Presidenza: Prof. R. CIUSA, vice-presidente.

**Sulla terapia chirurgica delle vie lacrimali. (Metodo fistolizzante personale).**

Prof. A. SANTONASTASO. — L'O. espone i vari metodi fin'ora proposti e quindi il metodo personale che consiste nell'asportazione del solo dotto naso-lacrimale attraverso taglio cutaneo nella regione del sacco e successive irrigazioni per mantenere pervie le vie. Si può spiegare il vantaggio ottenuto con una proliferazione della mucosa del sacco che rivestirebbe successivamente il canale osseo.

**La dieta chetogena nell'epilessia.**

Dott. P. ARMENISE. — L'O. ha applicato il regime dietetico chetogeno a 32 epilettici ottenendo una lieve riduzione sul numero ed intensità degli accessi convulsivi. Accenna alle complesse questioni di biochimica che indirizzarono al regime chetogeno, rileva l'effetto dannoso di un'eccessiva disidratazione negli epilettici, le difficoltà, gli inconvenienti e le controindicazioni per l'applicazione del metodo, la utilità che gli epilettici usino a preferenza cibi grassi, ma ritiene il regime chetogeno inapplicabile nella pratica, e non consigliabile come metodo di cura.

**Necessità dell'analisi strutturale delle psicosi: paracnoidismo ed isterismo in ciclotimica.**

Dott. P. ARMENISE. — L'O. illustra il caso di una ammalata, originariamente psicastenica, nella quale fin dalla gioventù, si manifestò la coesistenza di due costituzioni morbose, maniaco-depressiva e isterica, con interazione psicologica vicendevole.

Il caso diventa ancora più atipico durante il decorso per azione patoplastica di un nucleo emotivo a forte contenuto affettivo, e per componenti paranoidi (delirio di supposizione e idee ipocondriache), assai più evidenti e moleste nonchè per sopraggiunto stato climaterico.

Discussione: Proff. POPPI, INSABATO.

**Il ricambio dei carboidrati nei tracomatosi.**

Dott. M. MECCA. — L'O., per portare un contributo al problema etiopatogenetico del tracoma, ha iniziato delle ricerche sul ricambio e sulla costituzione dei tracomatosi. Riferisce sui risultati ottenuti dallo studio del ricambio e sulla costituzione dei tracomatosi. Riferisce sui risultati ottenuti dallo studio del ricambio intermedio dei carboidrati. Il dosaggio della glicemia a digiuno, le curve da iperglicemia provocata, e la ricerca della possibile glicosuria non ha messo in rilievo nei suoi casi alterazioni vere nel ricambio dei carboidrati. Il tasso glicemico a digiuno basso e l'aspetto delle curve glicemiche ottenute vengono interpretate dall'O. come rivelatrici di squilibrio del sistema neuro-vegetativo con tendenza verso la vagoestesia.

**Corioretinite atrofica periferica simmetrica a tipo familiare con sclerosi dei vasi coroideali.**

Dott. G. POSSENTI. — L'O. illustra due casi di corioretinite atrofica a tipo familiare osservati in due ragazzi (fratello e sorella) nei quali la R. W. ha dato risposta negativa ma che alterazioni somatiche depongono favorevolmente per una eredolue nonostante che anche negli altri componenti la famiglia la sierodiagnosi avesse dato risposta negativa. L'O. ritiene che il virus sifilitico abbia determinato delle ectopie meiopragiche a carico dell'ectoderma e del mesoderma con prevalenza nel segmento cranio-facciale.

**Localizzazione primaria cutanea del gonococco.**

Dott. I. LARUCCIA. — Illustra il caso di una bambina di 14 mesi che presentava modico rialzo febbrile e inappetenza, e non avendo riscontrato nulla a carico dei diversi organi, se non un deperimento generale, e sul palmo della mano e sulla piega dei polsi delle formazioni flittenulari e pustolose, fu indotta ad esaminare il contenuto di siffatte dermatiti. Il contenuto mise in evidenza la presenza di leucociti, infarciti di cocchi appaiati gram negativi. Sospettando l'infezione dovuta a precedente affezione genitale, esaminò il contenuto vulvare che risultò assolutamente negativo. Indenne da gonococco risultò anche la madre, per cui conclude che debba trattarsi di localizzazione primaria cutanea.

**Sulla patogenesi della catatonia: della bulbocapnina alle tossine colibacillari.**

Prof. U. POPPI. — L'O. espone i risultati delle proprie ricerche sui conigli fatte impiegando la neurotossina colibacillare di H. Vincent. Egli dimostra di aver ottenuto con costanza una bella catalessia che differisce ben poco da quella provocata dalla bulbocapnina sul coniglio. La ricerca delle correnti di azione, presenti nei muscoli in riposo, indica che si tratta, tanto nella catalessia da bulbocapnina che in quella da neurotossina, di *contrazione attiva* e non di *inierzia motrice*.

Discussione: Prof. INSABATO.

*Il Segretario*: Prof. M. RONZINI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

**Sulle crisi di tosse spasmodica simile alla pertosse.**

H. Pässler ricorda di aver osservato a più riprese (*Münch. Med. Woch.*, 6 aprile 1934), nel 1911, poi nel 1922-23 e nell'inverno 1933, in Germania, delle forme epidemiche di tosse spasmodica che da qualche A. sono state battezzate « pertosse degli adulti ».

La malattia inizia con caratteristici disturbi del senso del gusto (i cibi salati appaiono insipidi ecc.), che non mancano mai e che permettono di riconoscere l'avvicinarsi della malattia anche dopo anni di distanza. Compare poi una tracheite e infine, circa due settimane dopo, si inizia lo stato spasmodico; la febbre, non elevata del resto, che aveva sino ad allora accompagnato la tracheite scompare ed invece si manifestano crisi di tosse costituite da una serie di espirazioni precipitose e parossistiche cui segue una ispirazione profonda; gli attacchi possono essere provocati da cause lievissime ed anche comparire spontaneamente, persino di notte: questo terzo stadio può durare qualche mese, anche trequattro mesi; e dar luogo lentamente a un senso di astenia generale e di dolenzia a livello del diaframma.

Si tratta realmente di una pertosse, forse in forma attenuata? I malati riferiscono invero di aver gli stessi sintomi della pertosse, ma, al di fuori di questo elemento soggettivo di giudizio, molti criterii, e sopratutto quelli epidemiologici, tendono a far escludere che si tratti realmente di pertosse.

La terapia si basa essenzialmente sull'uso del chinino; tutti i comuni sedativi, i solventi, gli espettorati falliscono il loro scopo, mentre riescono invece assai utili le piccole dosi di chinino (gr. 0,10 più volte al giorno) che attenuano immediatamente gli attacchi e finiscono per farli scomparire del tutto.

L'A. conclude discutendo il concetto di Czerny, che la pertosse sia « una tracheite insorgente in soggetti neuropatici », dimostrando come esso non possa essere accettato; ritiene invece trattarsi di uno stato di ipersensibilità locale della mucosa respiratoria pur riconoscendo che essa possa sovente essere influenzabile con mezzi psichici. V. SERRA.

**L'autosieroterapia intramucosa nell'asma ed equivalenti.**

In un notevole lavoro clinico, che esce dalla scuola di Besançon, Jacquelin e Bonnet (*La Presse Méd.*, 14 febbraio 1934) riferiscono nove casi di asma, od equivalenti morbosi, che resistettero ad altre terapie e in 6 casi su 9 migliorarono notevolmente con la nuova cura proposta dagli AA.

Essa va praticata come segue: si prendono 10 cc. di sangue al malato e se ne preleva il siero. Questo lo si inietta sotto la mucosa del cornetto inferiore o delle fosse nasali, a piccole dosi (0,2-0,5 cc.) quotidianamente. Non è necessario disinfettare il punto dell'iniezione, nè — per solito almeno — fare anestesie. Non c'è pericolo di gravi inconvenienti; si può avere al massimo una rinite vasomotoria.

Tale terapia, che è derivazione di quella proposta da Achard e Flandin nel '14, si basa sull'affermazione di ipersensibilità cellulari e tissulari, che si estendono « a goccia d'olio » verso le parti basse e profonde delle vie respiratorie: vere rino-tracheo-bronchiti anafilattiche discendenti asmogene, secondo la denominazione degli AA. Di qui l'opportunità del diretto trattamento della mucosa nasale, supposta punto di partenza dell'ipersensibilità.

L'altro presupposto è che, come sostiene Besançon, si debba veramente abbandonare l'idea che nell'asma si tratti di anafilassi vera, in senso stretto; sarebbe invece in campo in quasi tutti gli asmatici, una polisensibilizzazione ad influenze le più diverse.

Gli AA. concludono consigliando un uso largo della autosieroterapia intramucosa nella cura dell'asma e suoi equivalenti. La cura pare infatti attiva quanto l'autoemo- o la peptoneterapia. È però più scomoda; è perciò preferibile usarla solo nei casi in cui queste due terapie siano rimaste inefficaci.

Quando l'asma risulta di una sensibilizzazione specifica di tipo anafilattico o colloidoclasico, allora peptone ed autoemoterapia portano a guarigione nel 30 % circa dei casi.

Ma quando si tratta di una sensibilizzazione specifica ai prodotti autotossici da nutrizione difettosa o da disturbi della funzione epatica, sensibilizzazione particolarmente della mucosa nasale e respiratoria, allora autoemo- e peptoneterapia sono inefficaci, mentre che la autosieroterapia intramucosa guarisce il 45 % circa dei casi d'asma.

Restano un 25 % di asmatici, in cui altra è la patogenesi e altra dovrebbe essere la cura della malattia. In questi casi l'autosieroterapia intramucosa non fa nulla, e ciò prova, secondo gli AA., che non è in gioco una sensibilizzazione delle mucose, ma tutt'altro meccanismo (nervoso, endocrino). M. COPPO.

**La cura dell'empiema toracico acuto con un lembo a valvola.**

A. Nicoll (*Surg., and Obst.*, aprile 1934) riporta 36 casi trattati con un metodo che consiste in una limitata resezione costale, nel porre in questa piccola breccia toracica un tubo con due espansioni a guisa di bottone di camicia di cui uno nel cavo toracico e uno

sotto la cute. Della cute e sottocutaneo egli scolpisce un piccolo lembo a cerniera superiore mentre dal lato inferiore fuoriescono due striscie di caucciù inserite nel tubo di drenaggio toracico, dalle quali scende il pus che fuoriesce dal cavo pleurico.

La funzione del lembo di cute è di chiudere a valvola il cavo toracico. Infatti durante le inspirazioni il lembo viene aspirato contro il tubo e lo chiude mentre durante l'aspirazione viene allontanato e permette così la fuoriuscita del pus. In tal modo viene consentito in parte almeno, il movimento di espansione respiratoria del polmone del lato interessato, mentre col drenaggio libero è collassato, e si ha un più rapido ripristino delle condizioni normali.

V. GHIRON.

**Ascessi del polmone provocati da emboli asettici.**

L. Loeffler (*Dsch. Z. f. Chir.*, vol. 242) ha ottenuto sperimentalmente nei cani degli ascessi polmonari mettendo emboli asettici nell'arteria polmonare e occludendo un bronco con un cilindretto metallico asettico. È dunque possibile che l'infezione si origini da germi già esistenti nell'albero polmonare.

Ad ogni modo è dimostrata anche la possibilità di emboli micotici o no che dall'arteria polmonare possano depositarsi nei polmoni e prodursi ascessi. V. GHIRON.

**La lobelina nel trattamento degli asfittici.**

Nel trattamento degli asfittici, si usano la respirazione artificiale (con cui si ovvia alla carenza del centro bulbare) e l'ossigeno (che scaccia l'ossido di carbonio dalle emazie e rende loro la funzione di veicolo dell'ossigeno). Ma non si agisce sul centro respiratorio che indirettamente, inviandogli, cioè, del sangue meno tossico e più ricco di ossigeno.

Le probabilità di successo saranno tanto maggiori se si può agire sul bulbo stesso, sottraendolo dal suo stato di torpore. Tale azione si può ottenere con la lobelina, di cui Fauquez (*Protection, sécurité, hygiène dans l'atelier*, ott. 1933) vanta i successi riportando, fra l'altro, il richiamo alla vita di individui colpiti da sincope postanestesica ed inutilmente trattati con altri mezzi.

La lobelina fa parte dell'armamentario corrente d'urgenza in Germania. La si usa per iniezioni endomuscolari (od endovenose) di 10 mg.: per i bambini, 3 mg. L'iniezione può essere ripetuta dopo 10-20 minuti. *fil.*

**L'alcoolterapia endovenosa nella tubercolosi polmonare.**

Le iniezioni endovenose di alcool sono state finora sperimentate nelle più svariate malattie con vario risultato, talora soddisfacente.

G. Dolfini (*Rivista di Patologia e Clinica della tubercolosi*, 30 aprile 1934) ha adoperato questo metodo di cura in pazienti affetti da tubercolosi polmonare.

Ha usato alcool al 33 % in acqua e ne ha iniettato quotidianamente o a giorni alterni 20 cc., nelle vene del gomito. Ha trattato così 11 malati che presentavano le più varie forme di tbc. polmonare: dalle ulcerose alle fibrose ed alle fibrocaseose. Le iniezioni praticate in ogni paziente furono da 10 a 20.

In una parte dei casi (6) il trattamento non dimostrò influenza alcuna apprezzabile sul decorso della malattia.

Nei cinque casi restanti la alcoolterapia influì favorevolmente sui sintomi della malattia, riducendo la quantità dell'espettorato, calmando la tosse, abbassando la febbre.

L'esame obiettivo del polmone e quello radiologico non misero in evidenza modificazioni apprezzabili, dal che si dovrebbe dedurre che la alcoolterapia non è capace di modificare il decorso fondamentale della malattia.

Ad eccezione della sclerosi delle vene, la alcoolterapia si è dimostrata all'autore priva di ogni inconveniente.

Numerose e svariate ipotesi sono state emesse finora sulla azione dell'alcool introdotto per via venosa, nelle affezioni polmonari.

Secondo l'A. l'alcool agirebbe modificando le condizioni fisico-chimiche delle cellule del parenchima polmonare e gli elementi nervosi del polmone: in via riflessa ne risulterebbero influenzati il polso, il respiro e la cenestesi. VICENTINI.

**Terapia vitaminica nella tubercolosi polmonare.**

P. D. Crinner e F. W. Strayer (*The Americ. Journ. Medic. Sciences*, aprile 1934) studiarono il calcio del siero di sangue e del liquor in rapporto col viosterolo. Essi trovarono che questa sostanza aumenta il calcio del sangue e del liquor nei malati di tubercolosi polmonare, e l'aumento interessa tanto la frazione diffusibile che quella non diffusibile del calcio, però la frazione non diffusibile è più interessata. R. LUSENA.

**La pneumectomia nell'uomo.**

(IVANISSEVICH e C. FERRARI. *El Dia Medico*, 11 settembre 1933).

In un paziente con cancro del polmone diffuso alla parete toracica e che faceva soffrire molto il malato per il grande dolore, gli AA. eseguono la pneumectomia, previo pneumotorace (3 insufflazioni).

La tolleranza fu perfetta grazie al pneumotorace previo (preoperatorio) di Arce, che permette di operare nei toraci senza sussulti e con polso stabile. La anestesia fu locale, la toracotomia ampia per permettere una buona operazione.

Nei primi giorni fu eccellente il postoperatorio, poca dispnea, leggera espettorazione emottoica. Al 6° giorno temperatura discreta;

all'ottavo: tachicardia, edema del polmone e morte.

All'autopsia si notò trombosi della arteria polmonare, il coagulo fibrinoso si prolungava fino al ventricolo destro, che occupava in parte. Edema del polmone.

Con il loro è l'ottavo caso nella letteratura mondiale di pneumectomia totale, con 4 morti e 4 guarigioni.

Ultimo scoglio da risolvere è il trattamento dell'emitorace disabitato.

La frenicectomia e la toracoplastica può risolvere in parte questo problema.

N. DI PAOLA.

**Sull'applicazione del salyrgan per via endopleurica.**

Le indicazioni all'applicazione dei diuretici mercuriali va crescendo ogni giorno e sopratutto trovando applicazioni diverse; dopo l'uso intramuscolare e quello endovenoso, più largamente usato, ecco oggi le applicazioni nell'interno delle sierose sostenenti liquido da trasudazione; già da qualche tempo, infatti, nei cirrotici, seguendo le indicazioni di Hartl si inietta il salyrgan, debitamente diluito in soluzione glucosata, entro il cavo peritoneale, provocando delle diuresi imponenti assai meglio che non con la somministrazione per via endovenosa: adesso N. Braulke (*Münch. Mediz. Woch.*, 14, 1934) riferisce di avere usato con grande successo il salyrgan per via intrapleurica in due casi di cardiopazienti scompensati, con abbondante trasudato pleurico; in entrambi i casi il diuretico era stato precedentemente somministrato per via endovenosa e intramuscolare; dal confronto dei risultati ottenuti con questi varî metodi l'A. deduce che il salyrgan portato direttamente nella pleura esercita, a dosi minori di quelle abitualmente adoperate, una azione diuretica nettamente superiore e sopratutto più duratura; la tecnica è semplicissima trattandosi di iniettare la sostanza mediante un comune ago per puntura esplorativa della pleura, e di usare per la diluizione del preparato lo stesso liquido pleurico; l'iniezione si fa lentamente e il malato è fatto riposare a letto per tutto il giorno seguente; la cura può essere protratta a lungo, e anche ambulatoriamente, senza alcun disturbo.

Per quel che riguarda le controindicazioni dell'intervento, esse sono le solite del salyrgan; in quanto al meccanismo della sua azione, è da ritenersi che il preparato esplichi un'influenza diuretica locale agendo direttamente sui tessuti di cui forse esalta il potere di riassorbimento del liquido trasudato; ad ogni modo sembra potersi escludere l'importanza fondamentale che le ricerche di Martl nei cirrotici sembravano aver giustificatamente riconosciuto al fegato.

V. SERRA.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

**I lipidi del tessuto epiteliale.**

Il tessuto epiteliale ha un ricambio proprio e in modo particolare per quanto riguarda i lipidi. La secrezione di lipidi è caratteristica di tutti i tessuti epiteliali. Sperry e Angerine, Schönheimer e Hrdina l'hanno dimostrato per la mucosa intestinale, e l'hanno confermato Bürger e Oeter (così in *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 19 maggio 1934).

Si tratta per l'intestino di una vera e propria secrezione e non di sostanza derivata solo dalla desquamazione della mucosa.

Nella Scuola di Medicina di S. Louis fu studiata la composizione chimica dei lipidi della pelle; gli steroli rappresentano due terzi della quantità totale dei lipidi dello strato corneo e un po' meno della metà della frazione insaponificabile dei lipidi dello strato più superficiale della pelle. Le frazioni saponificabili sono rappresentate da notevole quantità di acidi grassi liberi.

R. LUSENA.

## POSTA DEGLI ABBONATI

All'abb. n. 8574:

È un fatto noto che nell'amebiasi, anche all'infuori di manifestazioni intestinali, possono aversi ascessi epatici, che aprendosi nel peritoneo, provocano una peritonite apparentemente primitiva.

Si conosce inoltre, sebbene non frequente, una peritonite da perforazione di ulceri dissenteriche amebiche intestinali.

P. A.

## VARIA

**Consumo d'alcool e mortalità.**

L'« Office d'Hygiène Sociale » e l'« Association Antituberculeuse de la Sarthe » hanno compilato una statistica sul consumo d'alcool (valutato come alcool etilico puro) per abitante e per anno, in alcuni Paesi, e lo hanno messo in rapporto con la mortalità.

Risultano questi dati:

Francia: consumo d'alcool l. 20,5 - mortalità 16,5 %;

Italia: consumo d'alcool l. 16 - mortalità 16 %;

Germania: consumo d'alcool l. 3,6 - mortalità 12 %;

Olanda: consumo d'alcool l. 2,5 - mortalità 3,6 %.

Non si può, certo, ammettere un rapporto di causa ad effetto; comunque, è sintomatico il fatto che i Paesi ove oggi il consumo d'alcool è basso, hanno pure una mortalità bassa.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## SERVIZI IGIENICO-SANITARI

### Testo Unico delle leggi sanitarie (*).

Il Consiglio dei Ministri su proposta del Capo del Governo, Ministro dell'Interno, ha approvato uno schema di Decreto che approva il testo unico delle leggi sanitarie. Il coordinamento delle vecchie disposizioni del 1888 e 1907 con la sopravvenuta legislazione sanitaria del periodo dell'anteguerra e di quello post-bellico, ha richiesto un notevole rimaneggiamento, inspirato a criterî organici, e qualche volta innovativi.

Data la complessità di tutto questo nuovo materiale normativo, e le deficienze di molte norme antiquate del testo antico, si è proceduto ad oculato ed attento esame dello schema, sottoponendolo ad un primo vaglio di una commissione di esperti scelti fra i deputati ed i capi delle maggiori città del Regno.

Successivamente il lavoro è stato riesaminato dal Sottosegretario di Stato in concorso di tutti i direttori generali del Ministero, i quali, per avere lungamente prestato servizio in provincia quali Prefetti, vi hanno portato largo contributo della loro esperienza e specifica competenza. Si sono tenute in complesso 50 sedute.

Così tutte le materie sono state riordinate ed aggiornate, specialmente per quel che si riferisce alle malattie infettive e sociali, alla difesa dell'integrità della stirpe, agli stupefacenti, alle ricerche scientifiche attinenti al delicato compito della Direzione Generale di Sanità, ad una maggiore tutela e disciplina degli esercenti le professioni sanitarie e dei produttori e commercianti di specialità medicinali e simili.

Criterio generale è stato quello di rendere più efficienti i poteri dell'autorità sanitaria e di sostenerne l'azione di vigilanza e di controllo su ogni attività, anche privata, che abbia comunque finalità inerenti alla salute pubblica.

Il Testo Unico è diviso in dieci titoli con 395 articoli.

I titoli trattano rispettivamente dello « ordinamento e attribuzioni dell'Amministrazione sanitaria », dell'« esercizio delle professioni od arti sanitarie e di attività soggette a vigilanza sanitaria », dell'« igiene del suolo e dell'abitato », della « tutela igienica delle abitazioni, dell'acqua potabile e degli oggetti di uso personale », dei « provvedimenti contro le malattie infettive e sociali », della « polizia mortuaria », dei « regolamenti locali d'igiene e sanità di polizia veterinaria », delle « disposizioni speciali relative al Governatorato di Roma », delle « disposizioni generali » e delle « disposizioni transitorie ».

In vista delle condizioni della pubblica finanza si è avuta cura di evitare qualsiasi aumento di spesa a carico dello Stato, delle Provincie e dei Comuni.

Come per legge tale testo è stato preso in esame dal Consiglio di Stato in adunanza generale. Questo ha formulato una dotta relazione, nella quale è posto in rilievo: « come i criteri seguiti nella formazione del Testo Unico sono degni di approvazione », e come « l'opera del Ministero, veramente ardua per la mole e la complessità del materiale legislativo da coordinare, merita plauso »

(*) *L'amministrazione del « Policlinico », appena il T. U. sarà reso noto, provvederà a pubblicarne, per i suoi abbonati, un Commentario redatto da due competenze di alto valore: l'on. avv. A. Carapelle e l'avv. A. Jannitti-Piromallo. Ne daremo più ampia notizia nel prossimo numero.*

## CONCORSI.

Posti vacanti.

Acireale. *Municipio.* — Il concorso per la nomina del Direttore del Dispensario antitubercolare è revocato.

Alluvioni Cambiò (*Alessandria*). — Scad. 31 lug.; L. 8000 e indennità accessorie; decurtazioni.

Alvito (*Frosinone*). — Scad. 5 ag.; L. 9500 e 3 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Badia Tedalda (*Arezzo*). — Scad. 31 lug.; con Sestino; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., c.-v., per trasp. L. 3000, uff. san. L. 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Bari. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 30 sett.; direttori delle Sezioni di Gioia del Colle e di Putignato; L. 9000 e 4 quinquenni dec.; indennità. Età limite 45 a.; tassa L. 50,20. Rivolgersi al Presidente del Consorzio, via Dante Alighieri 42, Bari.

Borgofranco Po. — (Vedere Mantova).

Carbonara Po. — (Vedere Mantova).

Caltagirone (*Catania*). *Ospedale Civile Umberto I.* — Scad. 26 ag.; assistente nel Reparto Medicina; L. mille; età limite 35 a.; tassa L. 50. Rivolgersi alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

Caserta (*Napoli*). — Scad. 10 sett.; 7° Reparto (per Casagiove); L. 9500; ritenute; 5 quadrienni dec.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

Darfo (*Brescia*). — Scad. 10 sett.; per Casino Boario; L. 10.000 e 6 quinquenni dec., c.-v., trasp. L. 1548,80; età limite 35 a.

Ferrara. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Il Presidente del Consorzio avverte che i concorsi indetti per due posti di assistente sanitaria visitatrice nel Dispensario Antitubercolare di Ferrara capoluogo, e per un posto di assistente sanitaria visitatrice della Sezione Dispensariale di Cento, sono prorogati al 31 luglio 1934.

Francavilla a Mare. — (Vedere Chieti).

Gorizia. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 31 ag.; direttore del Consorzio e del Dispensario di Gorizia; L. 21.600 e 5 quinquenni dec.; riduzioni; età limite 35 a.

Lanischia (*Istria*). — Scad. 15 lug.; L. 9600 e 5 quadrienni dec., oltre L. 4000 cavalc.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

Lecce. — La R. Prefettura comunica che il termine ultimo per l'accettazione delle domande di ammissione al concorso per 66 posti di ufficiale sanitario pubblicato sul Foglio Annunzi Legali della Provincia, n. 88 del 20 aprile corrente anno, è stato prorogato al 31 luglio 1934-XII.

Lecco (*Como*). *Istituto Vittorio Emanuele III.* — È aperto il concorso per titoli alla Borsa di studio per un anno di perfezionamento in Tisiologia per medici che non abbiano superato il quarto anno di laurea; L. 3000, vitto, alloggio e funzioni di assistente. Inviare titoli e documenti alla Segreteria dell'Istituto non oltre il 15 agosto 1934-XII.

Livorno. *Ospedale « Costanzo Ciano ».* — Scad. 15 lug.; assistente al laboratorio di anat. patolog., chimica clinica e batteriologia; titoli ed eventualm. esami; L. 4200 e percentuali; tassa L. 50.

Magliano dei Marsi (*Aquila*). — Scad. 9 ag.; L. 9500 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

Mantova. *R. Prefettura.* — Concorso, per titoli ed esami, al posto di Ufficiale Sanitario per il Consorzio dei Comuni di Ostiglia, Revere, Serravalle Po, Borgofranco Po, Pieve di Coriano, Carbonara Po e Sustinente, con obbligo della residenza in Ostiglia. Al posto predetto sono annessi i seguenti assegni, sui quali va fatta la riduzione del 12 % disposta col R. Decreto 20-11-1930 n. 1491 e la ulteriore riduzione prescritta col R. Decreto 14-4-1934 n. 561: *A*) Stipendio: L. 13.800 annue suscettibili di tre aumenti periodici quadriennali del decimo; *B*) Indennità di trasporto: L. 2600 con facoltà al Consorzio di soppressione totale o parziale qualora dovesse fornire direttamente i mezzi di trasporto; *C*) Diritti per prestazioni nell'interesse di privati: per gli accertamenti e rilascio di certificati che le vigenti disposizioni gli demandano, l'Ufficiale Sanitario riscuoterà — quando essi seguano nell'esclusivo interesse privato — un compenso a carico dei privati interessati, nella misura stabilita dal Prefetto. È inibito l'esercizio professionale ed è altresì fatto divieto di assumere impegni od incarichi estranei all'ufficio e di prestarsi per pareri e consulti. La domanda, insieme ai documenti prescritti dall'articolo 7 del R. D. 29 novembre 1925 n. 2266, il tutto in competente bollo e regolarmente legalizzati, e con il certificato di inscrizione al P. N. F., rilasciato, in bollo, dal Segretario Federale, dovranno pervenire alla R. Prefettura di Mantova non oltre le ore diciotto del 10 agosto 1934. Per altri chiarimenti chiedere il bando di concorso alla predetta R. Prefettura.

Mantova. *Comune.* — Scad. 4 sett.; medico aggiunto; titoli ed esami; L. 11.500 oltre L. 1500 indenn. carica; c.-v.; riduzioni; divieto libera professione. Chiedere avviso alla Segreteria.

Messina. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 ag.; medico direttore della Sezione dispensariale di Milazzo; L. 5000 e indennità complementari.

Orvieto. *Municipio.* — Scad. 31 lug., ore 12; una condotta; L. 8000 oltre L. 600 serv. att. e c.-v.; riduzioni e ritenute.

Ostiglia. — (Vedere Mantova).

Padova. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — È aperto, fino al 31 agosto 1934, concorso pubblico, per titoli ed esami, al posto di Direttore del Consorzio e del Dispensario Provinciale Antitubercolare. Stipendio iniziale L. 18.000, indennità di servizio attivo L. 3000, più il 20 % sui proventi del Dispensario. Età massima anni 45 salve le eccezioni e le protrazioni di legge e di regolamento. Chiedere il bando di concorso alla Segreteria del Consorzio, Palazzo dell'Amministrazione Provinciale, Padova.

Palermo. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 2 sett.; direttore; titoli clinico-scientifici e pratici; lire 26.600 e un quadriennio di L. 1900; riduzioni e trattenute; oltre L. 2000 serv. att., ridotte a lire 770; alloggio. Età limite 45 a. al 5 giu. Tassa L. 50. Quadriennio in manicomio o clinica psichiatrica.

Pieve di Coriano. — (Vedere Mantova).

Reggio Emilia. *Ospedale di S. Maria Nuova.* — Scad. 30 sett., ore 18; medico primario del Reparto di Radiologia e Fisioterapia; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., doppio c.-v., percentuali; doc. non anter. al 30 giu.; età limite 45 a. Chiedere avviso.

Revere. — (Vedere Mantova).

Roma. *Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 30 agosto, ore 16; concorso a 16 aiuti medici. Rivolgersi alla Segreteria Generale.

Sambuca Pistoiese (*Pistoia*). — Scad. 10 sett.; L. 9500 e 8 trienni dec., oltre L. 3000 trasp.; L. 500 uff. san.; diminuz. 19 %; età limite 35 a.; tassa L. 50.

S. Biagio di Callalta (*Treviso*). — Al 10 sett.; 2° reparto; L. 8000, oltre L. 3500 trasp.; riduzioni.

Sant'Antonino di Susa (*Torino*). — Scad. 10 sett.; con Varses; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indenn. alloggio, L. 600 se uff. san.; età limite 40 a.

Savelli (*Catanzaro*). — Scad. 20 lug.; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; età limite 35 a.

Serrapedace (*Cosenza*). — Scad. 31 ag.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; trattenute e riduzioni; tassa L. 50,10.

Serravalle Po. — (Vedere Mantova).

Serravalle Sesia (*Vercelli*). — Scad. 20 lug.; L. 7000 oltre L. 1800 trasp., L. 150 ambulat., c.-v.; riduzioni.

Sesana (*Trieste*). — A tutto il 31 lug.; 2ª condotta consortile; L. 10.000 oltre c.-v. e 4 quinquenni dec.; per trasp. L. 2000; se uff. san. lire 1000; ritenute. Chiedere annunzio.

Siena. *Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò.* — Scad. 31 ag., ore 12; due medici di Sezione; lire 12.000 e 5 quadrienni dec., c.-v.; età limite 35 a.; doc. non anteriori al 15 giu. Chiedere annunzio. Rivolgersi Segreteria Società di Esecutori di Pie Disposizioni, via Roma 41, Siena.

Sustinente. — (Vedere Mantova).

Udine. *Ospedale Civile di S. Maria della Misericordia.* — Proroga 30 sett., ore 18, per i posti annunziati nel fasc. 15.

Vercelli. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso, per titoli ed esami, ai posti di Direttore e di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio di Igiene. Stipendio e indennità servizio attivo pel Direttore L. 19.000 + 3000, pel Coadiutore L. 17.000 + 2000; percentuale che potrà essere assegnata, come premio di operosità sul provento analisi private: pel Direttore 25 %, pel Coadiutore 10 %: il tutto soggetto alle riduzioni

di cui ai RR. DD. Legge 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561 ed alle altre ritenute di legge. Sei aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio. Scadenza ore diciasette del 6 agosto 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Provinciale.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nella recente seduta dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Francia, doveva procedersi alla successione al seggio rimasto vacante per la morte del prof. Cantacuzène, dell'Università di Bucarest, già Ministro della Sanità Pubblica del Regno di Romania.

Le candidature presentate dalla Commissione dell'Accademia erano quattro: il prof. Sanarelli di Roma, proposto in prima linea; il prof. Abelous, l'illustre fisiologo, decano della Facoltà Medica di Tolosa; il prof. Jellinek di Vienna e il prof. Sabrazès, clinico medico della Facoltà di Medicina di Bordeaux.

Il prof. Sanarelli è stato eletto all'unanimità dei voti. Egli è il solo rappresentante della scienza medica italiana in seno all'autorevole e glorioso Istituto di Francia.

Le altissime manifestazioni con le quali, in specie durante questi ultimi tempi, si viene onorando all'Estero la personalità scientifica del nostro eminente connazionale, ci riempiono di legittimo vanto, sia come colleghi che come italiani.



## *NOTIZIE DIVERSE.*

### Organizzazione internazionale per la lotta contro il tracoma.

Il Comitato esecutivo ha tenuto a Parigi, il 14 maggio, una seduta sotto la presidenza del prof. E. de Grósz.

Il presidente commemorò il prof. Angelucci. Il segretario generale dott. F. Wibaut lesse una relazione, da cui risulta che l'organizzazione dispone solo di circa 1500 fiorini olandesi; verrà accordata una borsa di studio ad uno studioso che intenda occuparsi dell'eziologia del tracoma, in un laboratorio di paesi tracomatosi; per il conferimento, è costituita una Commissione composta dai proff. Morax, MacCallan e Wibaut.

In una seduta che si terrà a Budapest durante la primavera del 1935, sarà trattata a fondo la questione della profilassi del tracoma; relatori: Myashita (Giappone), MacCallan (Inghilterra), Zachert (Polonia), Tewfik (Egitto) e Jitta (Olanda).

L'organizzazione ha tenuto anche il 14 maggio una seduta in comune con l'Associazione internazionale per la profilassi della cecità, sotto la presidenza di de Lapersonne e de Grósz. Tema principale discusso fu il tracoma nelle colonie; venne prospettato da varî relatori. Inoltre Morax tenne una conferenza sul compito del gonococco ai tropici.

Rivolgersi al segretario generale dell'Associazione, Dr. F. Wibaut, P. C. Hoofstr. 146, Amsterdam, Olanda.

### 21° Congresso stomatologico italiano.

Il XXI Congresso stomatologico italiano, indetto dalla Federazione stomatologica italiana, col concorso della Federazione odontoiatri d'Italia, avrà luogo a Milano-Como (sede Como, Villa Olmo), dal 29 luglio al 4 agosto 1934, contemporaneamente alla 28ª Sessione della « Fédération Dentaire Internationale ».

Le Relazioni poste in discussione trattano:

Biologia, costituzione e ricambio nel quadro delle pulpopatie e delle paradenziopatie (relatori: dott. prof. Silvio Palazzi e dott. Guido Bracchetti);

Pericementiti acute e loro complicazioni (rel. dott. Vito Catania);

L'infezione locale (rel. dott. prof. Benedetto Mela).

La seduta inaugurale del Congresso e della 28ª Sessione della Fédération Dentaire Internationale avrà luogo nell'aula magna della R. Università di Milano, lunedì 30 luglio.

Le sedute scientifiche si svolgeranno a Como a Villa Olmo, dal 31 luglio. Il programma contiene riunioni diverse e gite sul lago di Como.

Verranno assegnati i premi Platschick e Rovida.

Possono partecipare al Congresso:

*a*) i soci della F. S. I. ed i soci della F. O. d'I. al corrente col pagamento della quota federale;

*b*) gli stomatologi, gli odontoiatri, i medici italiani e stranieri, i quali, avendo fatto domanda alla Presidenza del Comitato organizzatore del Congresso, siano stati accettati;

*c*) i cultori delle scienze sanitarie ed affini di ogni paese che abbia avuto speciale invito dal Comitato organizzatore, nonchè gli stranieri partecipanti alla 28ª Sessione della Fédération Dentaire;

*d*) i membri di famiglia dei congressisti.

La quota di ammissione per i partecipanti contemplati nei comma *a*), *b*), *d*), è di L. 50.

Per informazioni: Comitato organizzatore: presidente dott. prof. Gaetano Fasoli, via Malpighi 4, Milano.

**30° Congresso italiano di oto-rino-laringologia.**

Il 30° Congresso della Società Italiana di Otologia, Rinologia e Laringologia sarà tenuto a Padova nei giorni 6-8 settembre. Temi di relazione: « La chirurgia dell'etmoide », relatori i proff. P. Carcò, G. Lugli e M. Silvagni; « Il tessuto linfatico e l'importanza sua nella genesi della tubercolosi laringea », relatori i proff. R. Motta, G. Salvadori e V. Tanturri.

Segretario della Società è il dott. Ernesto Palestrini, della R. Clinica oto-rino-laringologica di Torino.

**Convegni regionali antitubercolari.**

Il quarto convegno regionale della sezione veneta della Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, si è svolto a Venezia, presso l'Istituto del mare al Lido. Alla inaugurazione, tenutasi il 24 giugno, intervennero il prefetto, i vice presidenti della Federazione nazionale sen. Maragliano e on. prof. Morelli e numerose altre autorità e personalità.

Sono stati trattati due temi: la dieta Gerson e la pelle di fronte all'infezione tubercolare; relatori i proff. G. Frontali e G. Truffi. Seguirono discussioni e varie comunicazioni.

**Un convegno di ginecologi a Sirmione.**

Promosso dalla Società di ostetricia e ginecologia, si è tenuto il 24 giugno, presso le Terme di Sirmione, un Convegno al quale hanno partecipato circa 300 medici della Lombardia. Hanno prospettato, con dotte relazioni scientifiche, varî problemi i proff. Cova di Torino, Acconci di Pavia e Alfieri di Milano, che ha trattato della trasfusione nel campo dell'ostetricia e della ginecologia. Alla discussione hanno preso parte numerosi oratori. Il Convegno è stato chiuso con un fervido discorso del sen. Devoto.

**Il convalescenziario per operai a Firenze.**

Il 24 giugno si è proceduto alla inaugurazione dei lavori per il grande convalescenziario che l'Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale costruirà a Pratolino e che sorgerà su terreno ceduto dal Consorzio antitubercolare di Firenze e usufruirà dell'acquedotto mediceo gratuitamente ceduto dalla Principessa Demidoff.

L'on. Bottai, circondato da tutte le autorità locali con a capo il prefetto e il segretario federale, dai capi del servizio sanitario e tecnico della Direzione generale, dal direttore della sede di Firenze dell'Istituto di previdenza sociale e da una larga rappresentanza di operai, organizzati, addetti all'agricoltura, all'industria e al commercio, ha dato il primo colpo di piccone per l'inizio dei lavori di splateamento della zona. Questo rito è stato preceduto da elevate parole di ringraziamento con cui il Prefetto ha voluto esprimere la gratitudine della città e della provincia di Firenze all'Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale e specialmente al suo presidente. Ha risposto l'on. Bottai.

Il convalescenziario costerà 7 milioni incirca. L'on. Bottai ha disposto che entro i limiti delle possibilità tecniche tanto le maestranze quanto il materiale da impiegarsi nella costruzione dell'opera siano della provincia di Firenze. L'opera apporterà un grande giovamento alla lotta contro la disoccupazione locale e darà pure incremento a parecchie industrie locali in quanto il convalescenziario dovrà costruirsi per 303 posti letto.

**Un po' dovunque.**

La 9ª Conferenza Sanitaria Panamericana si adunerà a Buenos Aires dal 12 al 22 novembre; sono in discussione 23 temi.

Dal 26 al 30 giugno si è svolto a Barcellona l'8° Congresso dei medici e biologi di lingua catalana, sotto la presidenza del dott. H. Puig y Sais.

L'Associazione francese di urologia nel congresso annuo del 1934 discuterà il tema: « Le orchiepididimiti, fatta astrazione dalla sifilide e dalla tubercolosi » e in quello del 1935 il tema: « Influenze immediate e remote della gravidanza sull'apparecchio escretore del rene »; i due congressi saranno presieduti rispettivamente dal prof. Heitz-Boyer (Parigi) e Thévenot (Lione).

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 10, il 15, il 17 e il 22 giugno, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. F. Donini. Furono fatte comunicazioni da: O. Vizin, E. Freund, C. Linka, M. Geyer e B. Prister, L. Lovisato, P. Iacchia, A. Chersi, E. Riedl, E. Rimini, G. Grandi, E. Tagliaferro, dott.a L. Chiuminatto.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 3 maggio sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. V. Gallina. Furono fatte comunicazioni da: R. Costantini, G. Loddoni, G. Vercelli, P. Spoto, E. Reggiani, R. Rinaldi, M. Lupo.

Il presidente dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, avv. S. Fabbri, ha visitato la Federazione provinciale pisana dell'Opera e, nella sala delle adunanze del palazzo provinciale, ha presieduto un rapporto. Erano presenti S. E. il prefetto, il preside della provincia, il podestà di Pisa, la fiduciaria dei Fasci femminili ed altre autorità cittadine.

Il 35° corso internazionale di perfezionamento organizzato dalla Facoltà medica di Vienna si terrà dal 24 settembre all'8 ottobre e concernerà i progressi della medicina con speciale riguardo alla terapia. Tassa d'iscrizione 50 scellini austriaci. Per informazioni e programmi rivolgersi a: Das Sekretariat der Internationalen Fortbildungskurse, Wien, IX., Porzellangasse 22; ovvero a: Das Kursbüro der Wiener Medizinischen Fakultät, Wien, IX., Alserstrasse 4.

Una riunione internazionale di medici organizzata dalla « Tutmonda Esperantista Kuracista Asocio » avrà luogo a Stoccolma dal 4 al 10 agosto in occasione del 26° Congresso Universale di Esperanto, a cui hanno già aderito oltre 1400 partecipanti. Al Congresso farà seguito una gita in Lapponia, sino ad Abisko e Narvick, oltre il Circolo Polare Artico. I medici italiani, anche non esperantisti, che volessero approfittare della conveniente organizzazione e della guida dei nume-

rosi esperantisti italiani che partecipano al Congresso, possono avere informazioni da « Esperanto Centro », Galleria Vitt. Em. 92, Milano, che li metterà inoltre in relazione con i medici esperantisti italiani già iscritti al Congresso.

I malati degenti al VI padiglione del Policlinico Umberto I di Roma (39 donne e 35 uomini) col mezzo di cinque autoambulanze della Croce Rossa Italiana, sono stati trasferiti agli ospedali di San Giacomo e Santo Spirito.

Il VI padiglione verrà adibito alla cura dei postumi dell'encefalite letargica — Reparto Regina Elena — sotto la direzione del prof. G. Panegrossi.

L'Ospedale Sydenham di New York ha annunziato un metodo assicurativo; andrà in vigore a partire dal prossimo autunno. Persone non coniugate che guadagnino fino a 3000 dollari l'anno, e persone coniugate che guadagnino fino a 5000 dollari, corrispondendo un premio di 10 dollari l'anno acquistano il diritto a tre settimane di ospedalizzazione. Le ricerche di laboratorio e le cure verranno corrisposte a parte, a prezzo di costo, fino alla concorrenza massima di 100 dollari. Verranno compensate a parte anche le eventuali operazioni (l'uso della camera operatoria e l'anestesia non vengono però conteggiate).

Si annunzia la scoperta dell'agente della parotite epidemica, fatta dal prof. E. Goodpasture, dell'Università Vanderbilt nel Tennessee (S. U. d'A.).

Una via di Parigi è stata designata col nome del medico cubano Finlay, che per primo indiziò le zanzare quali vettrici della febbre gialla; ad una cerimonia inaugurale parlarono il consigliere municipale Boulard, il presidente del Consiglio municipale René Fiquet, il prefetto della Senna Villey e il prof. Francisco Domínguez di Cuba; un nipote di Finlay, visconte di Barrès, rappresentava la famiglia.

Il direttore generale dei servizi sanitari militari degli Stati Uniti ha fatto un vivo appello per le iscrizioni di medici nella riserva. Attualmente questa dispone di 9000 medici: meno della metà di quanti ne occorrerebbero in caso di mobilitazione.

Si è svolta a Roma, con solennità, la premiazione delle Gare d'Igiene indette dal Governatorato di Roma per l'anno scolastico 1932-33, tra scuole, insegnanti ed alunni delle Scuole urbane e rurali; la Commissione per l'aggiudicazione dei premi è stata presieduta dal sen. prof. Marchiafava.

Nella California si è sviluppata un'epidemia di poliomielite anteriore acuta; fino a tutto maggio ne erano denunziati circa 300 casi; i soggetti sopra 15 anni sono stati colpiti in ragione del 17 %.

Una piccola società medica cooperativa del Belgio, « La Médicale », in seguito a riforma dello statuto, avvenuta nel maggio del 1933, era caduta nelle mani degli otto consiglieri generali. Questi hanno provveduto ad aumentare i loro gettoni di presenza, da 100 a 500 franchi, oltre il rimborso delle spese di trasferta; hanno anche messo a carico della società le tasse di cui sono stati gravati. Per il 1933 essi si sono assegnati un dividendo di 106.613 franchi, mentre a tutti gli altri azionisti ne sono toccati 113.900. La documentazione di questi fatti ha determinato vivaci proteste.

Un incendio ha completamente distrutto l'Ospedale di Parry Sound, sulla Baja Georgiana di Ontario (Canadà), costruito cinquanta anni or sono. I 26 pazienti sono stati temporaneamente trasferiti in una casa disabitata.

La levatrice Antonietta Proverbio, interina nel comune di Armeno (Novara), era stata condannata in Pretura a duemila lire di multa, perchè ella si era rifiutata di assistere una partoriente, adducendo che non era stata soddisfatta di precedenti prestazioni. La Corte di Cassazione (II Sezione Penale) ha respinto un suo ricorso, in base all'articolo 326 Cod. Pen. (omissione o rifiuto di atti d'ufficio, reato punibile con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a lire diecimila).

Un certo Nicolò Benni, di 72 anni, in quel di Finalmarina, ha denunziato la nascita del 22° figlio; il Benni ha avuto 12 figli da una prima moglie e 11 da quella attuale, tutti viventi e sani.

Il dott. Italo Costa di Milano è stato travolto da un'automobile ed ha riportato lesioni ad una gamba per le quali è stato giudicato guaribile in quaranta giorni. Auguriamo una pronta e completa guarigione.

A cominciare dal 1° giugno i detenuti nelle carceri del Cile sono stati sottoposti a un regime vegetariano, composto soprattutto di pane, polenta, grano cotto e cipolle. La carne è considerata produttrice di eccessiva stimolazione nei detenuti e causa di indisciplina!

Un medico russo esercente a New York è stato condannato a 15 anni di carcere e 5000 dollari di multa per spendita di biglietti bancari falsi, che egli affermò di aver ricevuto da un gangster in cura; principale teste d'accusa fu un cliente, al quale egli propose la vendita dei biglietti.

Nel fasc. scorso, pag. 1033, 3° titolo, leggere: Colecistite muta.

Registriamo con dolore la perdita del prof. SALVATORE OTTOLENGHI, riservandoci di parlarne in un prossimo numero.

Improvvisamente è deceduto, in età di 63 anni, il prof. ARTHUR ROUSSEAU, che avrebbe dovuto presiedere la Sezione Medica del Congresso di Quebec (in celebrazione del 4° centenario di fondazione del Canadà). Era decano di quella Facoltà medica.

È morta in età di 75 anni la dott.a CECILIA GRIERSON, che fu la prima donna laureata in medicina dall'Università di Buenos Aires. Larghissima diffusione ebbe un suo libro di pronto soccorso. Fondò la prima scuola per infermiere nel Sud-America e promosse varî enti culturali e assistenziali. I suoi corsi di puericultura erano frequentatissimi.

È morto a 67 anni il prof. HERMANN SCHLESINGER, primario medico nell'Ospedale Generale di Vienna, noto per il suo libro « Le malattie della vecchiaia » e per i suoi studî sulla siringomielia, sulla tetania, sulla patologia della tubercolosi. Fondò una scuola ospedaliera che si oppose, con la dottrina e con l'opera, al nichilismo terapeutico allora in voga.

Appassionato dell'arte, lo Schlesinger ha fondato a Vienna un « Museo del teatro ».

## RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Revue de Méd.*, mar. — R. Picard. Saturnismo d'origine idrica.

*Presse Méd.*, 14 apr. — P. Vallery-Radot e al. Desensibilizzazione e accostumanza.

*China Med. Journ.*, nov.-dic. — Numero di parassitologia.

*Sang*, 4. — A.-H. Du Bois. Anemie ipercromiche gravi non biermiane nell'adulto.

*Med. Klinik*, 13 apr. — E. Grafe. Problemi moderni sull'alimentazione dei malati. — B. Spiethoff. Ricambio nelle dermatosi. — H. Schur. Agranulocitosi dopo vaccinaz. tifica.

*Rev. Franç. de Gyn.*, apr. — Numero sul 3° Congresso franc. di ginecol.

*Rass. Clin.-Scient.*, 15 apr. — Numero sugli spasmi e le convulsioni nell'infanzia.

*Riv. di Oto-Neuro-Oftalm., ecc.*, gen.-feb. — Q. Di Marzio. Moderno orientamento dell'oftalmologia. — C. Cordero. Rapporti fra sinusiti ed affezioni sinusali.

*Presse Méd.*, 18 apr. — R. Debré e A. Busson. Metabolismo della vitamina A.

*Quarterly Journ. of Med.*, apr. — A. Ellis. Accrescimento della tolleranza dei diabetici per l'insulina. — H. S. Stannus e C. R. Gibson. La pellagra in Inghilterra. — C. W. Curtis Bain. Velocità della circolaz.

*Münch. Med. Woch.*, 20 apr. — H. Reineck. Significato e trattamento dei portatori di bacilli difterici. — B. Korth. Trattam. dell'urticaria con bagni di sudore. — W. Blacher. Sodoku.

*Incurabili*, mar. — G. Perrotti. Sindromi associate dell'addome d.

*Journ. de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, gen.-feb. — J.-L. Riopelle. Asma mortale.

*Rev. Méd. Lat.-Amer.*, feb. — L. A. Surreco e E. Bonnecarrère. Sedaz. immediata del dolore nelle epidimo-orchiti gonococciche.

*Bull. Ac. Méd.*, 10 apr. — Kopaczewski. Azione filattica dell'acido lattico e dei suoi sali.

*Acc. Med.*, 15 apr. — L. F. Raffo. Adrenalinuria e tbc. polm.

*Wien. Klin. Woch.*, 20 apr. — Hass. Trattam. della scoliosi.

---

## CRONACA EPIDEMIOLOGICA

### Le malattie infettive in Italia.

Mese di Dicembre 1933

| Malattie | 4-10 | | 11-17 | | 18 24 | | 25-31 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi |
| Morbillo | 205 | 1429 | 228 | 1413 | 181 | 1197 | 171 | 1083 | — | |
| Scarlattina | 155 | 373 | 157 | 282 | 154 | 284 | 124 | 365 | — | — |
| Varicella | 118 | 301 | 97 | 241 | 104 | 319 | 81 | 251 | — | — |
| Vaiuolo e Vaiuoloide | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Tifo addominale | 205 | 324 | 221 | 207 | 186 | 335 | 146 | 251 | — | — |
| Difterite e Croup | 370 | 751 | 332 | 638 | 350 | 576 | 330 | 679 | — | — |
| Meningite cerebro-spinale | 4 | 4 | 5 | 13 | 4 | 4 | 5 | 5 | — | — |
| Encefalite letargica | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Poliomielite cutanea ac. | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | — | — |
| Dissenteria | 7 | 10 | 2 | 5 | 2 | 2 | 3 | 6 | — | |
| Pustola maligna | 16 | 20 | 16 | 20 | 18 | 22 | 18 | 18 | — | — |

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia.

---

## Indice alfabetico per materie.



---



C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp

Roma · Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI — Roma, 16 Luglio 1934 - XII — Num. 28

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## OSSERVAZIONI CLINICHE

CLINICA OCULISTICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA.
Direttore: Prof. L. MAGGIORE.

### Paralisi dell'accomodazione ed influenza.

Dott. M. CORRADO, aiuto.

Fra le svariate complicanze che l'influenza suole determinare, un posto a parte meritano quelle che interessano l'apparato oculare, sia sotto forma di manifestazioni di carattere immediato, sia sotto forma di disturbi della funzione visiva, che solo in secondo tempo possono richiamare l'attenzione del malato o del medico.

Dall'esame della bibliografia esistente al riguardo, risulta che i contributi più numerosi si sono avuti durante i periodi di maggiori epidemie, tristemente famose, come quelle del 1888-1889 e del 1918-1919, e ciò per ragioni evidenti; pur tuttavia nel complesso della letteratura i casi riportati non rappresentano che una cifra veramente modesta se si tiene presente la grande frequenza dell'infezione influenzale.

Ed in effetto sono pochi i medici che nel corso del loro esercizio professionale hanno avuto occasione di rilevare complicanze a carico dell'apparato visivo.

È possibile però che non solo si tratti in effetto di una evenienza rara, ma che la natura influenzale di talune manifestazioni cliniche oculari possa essere sfuggita all'infermo, il quale non penserebbe mai di poter attribuire ad una pregressa infezione influenzale — che per altro può essere decorsa in modo relativamente lieve — un disturbo, il quale, sviluppatosi subdolamente dopo qualche tempo, si è poi spontaneamente allontanato. Così pure è possibile che anche al medico sfugga la natura influenzale di un'affezione oculare, ove egli non tenga presente il fatto che è sopratutto nelle fasi tardive dell'evoluzione della malattia (periodo di convalescenza, ecc.) che si sogliono talune alterazioni — come è proprio per quello di natura paralitica — verificare.

Volendo dunque riassumere chiaramente in

un quadro clinico ben netto tutte le complicanze determinate sia direttamente che indirettamente dall'influenza sull'organo visivo, dobbiamo considerare, come ho già accennato, quelle che si manifestano durante il periodo acuto della malattia e che interessano il globo oculare e quelle che insorgono nel corso della convalescenza e dopo, in un tempo variabile e non sempre determinato.

Con particolare riguardo al sistema nervoso, le complicanze possono essere limitate a quei centri che sono in diretta dipendenza dell'organo visivo e possono diffondersi ad altri centri ed allora la sintomatologia oculare, nel primo caso isolata, si associa nel secondo caso a sintomi generali caratteristici quali le monoparesi, le emiparesi, le paraplegie, le psicosi, ecc.

Essendo dunque nel carattere proprio dell'influenza di interessare il sistema nervoso non soltanto durante quanto dopo il decorso della malattia, anzi fra tutte le affezioni morbose che sogliono prediligere tale sistema l'influenza tiene il primo posto, è naturale che le lesioni anatomiche rilevate « post mortem » come per esempio i focolai encefalitici, depongono per un processo settico del virus o germe $x$, in una parola tali processi non sono che manifestazioni collaterali della causa etiologica capace di generare lo scoppio della malattia, ma allorquando i disturbi nervosi compaiono tardivamente e le ricerche anatomiche nulla ci possono dire essendo di solito essi disturbi fugaci, è ovvio come sia difficoltoso discriminare la causa vera ed ultima capace di provocare tali alterazioni in seno ai tessuti nervosi.

Un quadro generale di tutta la casistica clinica oculare, strettamente legata all'insorgenza della malattia, ci è stato riportato da Landolt e Fage i quali ebbero occasione di osservare un numero imponente di ammalati durante la grave pandemia del 1888-89; essi si sono limitati a rilevare tutte quelle complicanze oculari determinatesi durante l'evoluzione della malattia.

Tenendo conto delle loro osservazioni e di quelle di altri autori, per quanto riguarda gli annessi oculari, sono stati descritti casi di blefariti, orzaiuoli, dacriocistiti, flemmoni del sacco, e per il segmento anteriore del globo, congiuntiviti, cheratocongiuntiviti (Comby, Sous, Galezowski ecc.) episcleriti, cheratoipopion (Delacroix), iriti (Laqueur), ecchimosi sottocongiuntivali (Koenigstein) e per il segmento posteriore, coroiditi, neuriti (Vignes, Bergmeister), corioretiniti, trombosi (Jakson), tenoniti con flemmone orbitario (Fuchs, Urraca), retiniti emorragiche, ed in ultimo coroiditi metastatiche a carattere purulento. È naturale però che per queste forme, oltre che tenere nel debito conto il fattore virus determinante direttamente l'affezione oculare, non bisogna trascurare, quale conseguenza dell'infezione, una minorata resistenza dei poteri difensivi dell'organismo, capaci di creare condizioni favorevoli per lo sviluppo di focolai latenti, ciò che Jaccoud chiama « infezione intrinseca», nel senso che i numerosi germi della congiuntiva, inoffensivi allo stato normale, divengono nocivi allorquando « l'organismo deteriorato manca della sua vitalità, della sua resistenza ordinaria ».

Inoltre bisogna tenere nel suo giusto valore un fattore di una certa importanza su cui richiamo l'attenzione: molte diagnosi di affezioni oculari da influenza sono state basate dai vari ricercatori sull'esistenza o meno del bacillo di Pfeiffer nel secreto congiuntivale, ma è ormai noto come l'indirizzo odierno sulla influenza sia ben diverso da quello comunemente e per diversi anni ammesso dai vari autori e comunque non definitivamente deciso, onde, soltanto tenendo conto di vari fattori sia clinici, anamnestici, come dell'insorgenza ed il decorso di tali complicanze oculari, ci si può fare un concetto più o meno preciso sulla natura di esse.

Naturalmente sono stati descritti anche casi, non certo frequenti, di glaucoma acuto (Landolt), di cheratite puntata superficiale (Rosenzweig), di ambliopie senza reperto oftalmoscopico (Badal), di discromatopsia (Gorecki).

Ma c'è un capitolo oculare postinfluenzale che ha un interesse particolarissimo e che forma l'oggetto del mio presente lavoro, il capitolo delle paralisi oculari sia estrinseche che intrinseche. Che la malattia in parola dia complicanze a carico del sistema neuromuscolare dell'organo visivo, è un fatto osservato da gran tempo, dal tempo cioè in cui la vastità e l'enorme diffusione pandemica dell'influenza era oggetto di preoccupazione da parte dei clinici e perciò fonte di più severi studi, come anche il comportamento clinico quasi perfettamente analogo alla difterite per la sintomatologia piuttosto frequente di paralisi post-infettive in tale malattia; però bisogna tener presente che tale reperto, rispetto a tutto il quadro delle complicanze oculari post-influenzali, non è certo comune, specie per le paralisi interne o paralisi di muscoli intrinseci, il cui numero

di osservazione è addirittura limitato particolarmente nel periodo extraepidemico.

Per quanto riguarda le paralisi dei muscoli estrinseci, secondo Wilbrand, fino cioè al 1900 circa, la ptosi è stata osservata 8 volte, 5 volte bilaterale e 3 unilaterale, in un solo caso coesisteva paralisi in un solo tronco del 3° dello stesso lato; casi isolati di paralisi dell'abducente sono stati descritti da Mussa-Beili. Braunstein cita un caso di influenza in cui oltre all'anestesia della regione temporale destra, torpore di alcuni riflessi tendinei e mancanza assoluta dei riflessi patellari, notò a carico dell'apparato visivo diplopia, contrazione fibrillare della palpebra inferiore prima di destra e poi di sinistra, pupilla midriatica, reazione pupillare torpida, acutezza visiva diminuita e papilla da stasi al fundus.

Gutman rilevò ptosi palpebrale a destra, quale postumo influenzale, immobilità dell'occhio destro nella posizione di abduzione: in seguito la funzione dell'abducente e del trocleare si riprese completamente, mentre quella del retto esterno e del retto inferiore soltanto in parte; in occhio destro, a carico della pupilla, notò midriasi e riflesso torpido alla luce, disturbo che non accennò a scomparire.

Gayet rilevò in un caso di influenza, durante la convalescenza, ptosi incompleta in entrambi gli occhi, completa immobilità dei bulbi, reazione pupillare torpida e midriasi; si ottenne in seguito miglioramento. Anche Oppenheim notò ptosi in entrambi gli occhi oltre ad oftalmoplegia totale esterna e paralisi dell'accomodazione; a tale sintomatologia si accompagnavano disturbi a carico di altri organi quali la paresi del velo pendolo, disartria, disfagia, intensa tachicardia e paresi delle estremità: ciò nonostante si ebbe 5 settimane dopo guarigione. Wilbrand e Saenger in un paziente che aveva sofferto di influenza 3 settimane prima, ebbero a rilevare nell'occhio sinistro: paralisi dell'abducente, torpore nei movimenti pupillari e paresi dell'accomodazione; non così Fukala il quale all'infuori di una paresi dell'oculomotore per i muscoli estrinseci, non rilevò alcun disturbo a carico dell'accomodazione e dello sfintere pupillare. Tipico il caso di Gillet de Grandmont il quale ebbe a notare in un caso di complicanza postinfluenzale, ptosi, oftalmoplegia completa, reazione pupillare torpida alla luce e paralisi dell'accomodazione; nel fundus notò papillite con vasi venosi congesti e tortuosi. A tali sintomi oculari si accompagnarono sonnolenza, debolezza delle estrèmità e senso di ambascia: in seguito si notò miglioramento sia per i sintomi oculari che generali.

Interessanti i due casi di Pfluger, nel primo notò in entrambi gli occhi paralisi del trocleare e dell'obliquo inferiore, reazione pupillare torpida e paresi dell'accomodazione, nel secondo mise in evidenza in occhio sinistro, paralisi dell'oculomotore, dell'abducente e del trocleare, paresi nei momenti pupillari normali e paresi dell'accomodazione: in entrambi i casi si ebbe miglioramento. Van der Bergh riporta tre casi che per noi hanno un interesse relativo, poichè notò in essi nel primo, paralisi del retto superiore di destra, nel secondo paralisi del retto esterno di sinistra, e nel terzo paralisi dell'abducente di sinistra; in tutti e tre i casi notò guarigione: nulla notò a carico della pupilla e dell'apparato dell'accomodazione.

Sattler riporta tre casi, di cui due con paresi e l'altro con paralisi dell'accomodazione.

Schirmer ebbe modo di osservare in un individuo che aveva avuto per il passato influenza diversi sintomi che denotavano una localizzazione cerebrale postuma dell'infezione, poichè comparvero cefalee, vomito, disturbi della sensibilità nella metà destra della fronte, del naso e dell'occhio corrispondente, inoltre debolezza di funzionamento dei masseteri e paresi del trigemino e del facciale. Riguardo all'apparato visivo, notò in occhio destro ptosi, oftalmoplegia totale e prominenza del bulbo, midriasi e rigidità al riflesso della luce, paralisi dell'accomodazione; nulla sappiamo circa l'esito finale dell'affezione. Stower nulla osservò a carico della pupilla e dell'accomodazione, soltanto ebbe a mettere in rilievo una ptosi nell'occhio sinistro oltre a prominenza del bulbo, diplopia e paralisi del ramo superiore dell'oculomotore, non così Uhthoff il quale oltre a disfagia, paresi del palato molle notò in entrambi gli occhi, una accentuata ptosi ed una paralisi dell'accomodazione bilaterale.

Recentemente (1922) Meyerhoff ha avuto occasione di osservare 28 casi di paralisi muscolari oculari postgrippali: 11 con paresi del 6°, di cui 3 bilaterali, 4 con paresi del 4°, 1 con paralisi del 4°, 4 con paralisi dell'accomodazione (bilaterale), paralisi dell'accomodazione associata con paralisi del 6° in due casi, di cui uno monolaterale, 2 casi di astenia della convergenza, con paresi del facciale in due casi. Si possono così riassumere i suoi concetti circa il comportamento clinico di tali complicanze:

1) Durante la pandemia grippale che si

ebbe fra il 1917 ed il 1918 le paralisi oculari sono relativamente frequenti, spesso esse non sono che passeggere durante il periodo febbrile e sfuggono all'esame oftalmologico.

2) Quelle che persistono per lungo tempo, gran parte sono dovute ad una encefalite tossica o ad una alterazione tossica dei nuclei isolati dell'oculomotore.

3) Queste alterazioni non persistono generalmente lungo tempo e sono dunque di natura benigna.

4) Non è possibile fare clinicamente la diagnosi differenziale fra questa encefalite grippale e l'encefalite letargica.

5) In certi casi rari le oftalmoplegie sono dovute ad una neurite periferica tossica o ad una alterazione del tronco nervoso per una sinusite.

Altri casi sono stati recentemente illustrati dal Wood (disturbi dell'accomodazione nella malaria ed influenza) dal Penichet, dal Bresler, ecc.

Junius riporta un caso di fissità pupillare riflessa in un ammalato in cui la R. W. era positiva completa, e tale disturbo era comparso dopo un attacco influenzale: evidentemente qui, per la presenza del fattore luetico, il problema etiologico del processo rimane incerto.

* * *

Dall'esame della letteratura risultano evidenti i seguenti fatti: la maggior parte dei casi descritti si sono riscontrati in particolar modo nel 1890 e nel 1918, durante il periodo influenzale epidemico, sono comparse via via altre osservazioni in quest'ultimi sedici anni, ma esse sono in numero piuttosto scarso, per essere rare per quanto riflette la paralisi dell'accomodazione con o senza associazione della paralisi dello sfintere pupillare: infatti su 23 casi di paralisi muscolari post-influenzali riportati da Wilbrand, 11 soltanto riguardano l'accomodazione: su 28 osservazioni riportate in un lavoro recente da Mayerhof, il processo paralitico o paretico sull'accomodazione è stato riscontrato 6 volte sole, isolato od accompagnato a paralisi di altri muscoli oculari.

Per quanto poi riguarda le sue varietà cliniche, la paralisi dell'accomodazione può essere mono o bilaterale, accompagnata o no a paralisi dello sfintere pupillare, può inoltre essere associata a paresi di altri nervi, IV - VI - VII, paralisi di alcuni muscoli dipendenti dall'innervazione dell'oculomotore (oftalmoplegia incompleta) a tutti i muscoli dipendenti dall'oculomotore (oftalmoplegia completa). Non esistono nella letteratura casi di paralisi dell'accomodazione associata a paralisi totale dei muscoli estrinseci ed intrinseci. Può inoltre essere associata a neurite ottica, a papilla da stasi, a paralisi di altri muscoli in territori non oculari (velopendolo, faringe, emiparesi, paraparesi, ecc.), a sintomi generali e nervosi gravi quali il vomito, la cefalea, disturbi della sensibilità, ecc.

Per quanto riguarda l'insorgenza, sembra che siano molti rari i casi in cui tali sintomi a carico dell'accomodazione si presentino durante l'attacco influenzale, comunque non facilmente rilevabili clinicamente, d'altra parte poichè secondo alcuni autori, come per esempio il Meyerhof, tali paralisi possono essere passeggere ed iniziarsi proprio durante il periodo febbrile in cui sfuggono più facilmente all'esame oftalmologico, non è possibile formarsi un concetto preciso in merito, certo è che esse di solito compaiono durante e dopo la convalescenza in un periodo di tempo più o meno variabile, in qualche caso molto tempo dopo dalla malattia.

Per quanto riguarda la prognosi, tenendo conto del parere quasi concorde degli autori in rapporto al decorso ed all'esito di tali disturbi, sembra assodato che questa debba avere carattere benigno, anche nei casi in cui sono accompagnati da sintomi generali e nervosi di una certa gravità, per cui spesso si delinea un miglioramento che molte volte si conclude con una guarigione definitiva con « restitutio ad integrum » della funzione; bisogna notare però che accanto a questi che sono gli esiti più comuni delle paralisi, esistono casi non indifferenti, descritti da autori, di cui non viene fatto parola circa il comportamento ultimo di tale malattia, essendosi essi limitati essenzialmente all'osservazione pura e semplice del caso clinico: su ciò dunque nulla di definito. D'altra parte il voler considerare la prognosi dal carattere più o meno grave dell'influenza e trarre conclusioni circa il decorso del processo paralitico, non è possibile, poichè non esiste alcun rapporto tra gravità della malattia e paralisi accomodativa. Rimane da trattare il problema della patogenesi e della sede della lesione, che io ho voluto riservare in ultimo poichè è ancora oggetto di discussione da parte degli studiosi.

* * *

Fino a poco tempo fa, allorquando si era in presenza di una paralisi monolaterale dello sfintere e dell'accomodazione pupillare, non

v'era dubbio che questa rappresentasse, secondo molti studiosi, l'unico sintomo della sifilide cerebro-spinale, più di rado della tabe e della paralisi progressiva; soltanto in questi ultimi tempi, di fronte a ripetute osservazioni di autori, si è venuto a considerare l'enorme importanza del fattore infettivo in alcuni casi, quale causa etiologica determinante del disturbo paralitico, mentre non vi era alcun dubbio per quei casi in cui la paralisi si verificava bilateralmente.

Alcuni autori (Genet) tenendo conto della bilateralità dell'affezione, della comparsa brusca e repentina della paralisi, hanno supposto un centro corticale dell'accomodazione nel senso che le sostanze tossiche che generano la paralisi non saprebbero agire sul nervo e sui centri mesencefalici con subitaneità e bilateralità descritte senza lasciare diffondere la loro azione sulle fibre pupillari o sulle fibre della motilità dei globi; in presenza di forme pure ammettono l'esistenza di un centro isolato fra la protuberanza e la corticalità, essi sono del parere che l'origine di tali disturbi debba imputarsi al fattore tossico, come poi questo agisca essi nulla ci dicono.

È certo che le paralisi intraoculari si riallacciano a tutto il quadro delle paralisi muscolari post-infettive il cui elemento patogenetico, per il carattere che hanno queste di comparire dopo il periodo acuto della malattia, come pure e più frequentemente durante e dopo il periodo della convalescenza, è ancora oscuro. Però oggi si è quasi unanimi nell'essere orientati verso la teoria tossica, si è portati a considerare il fattore tossico nella causa delle paralisi dell'accomodazione post-influenzali più per l'affinità clinica che hanno con quelle post-difteriche che per dimostrazione sperimentale.

D'altra parte il voler far dipendere il quadro clinico delle paralisi direttamente dal virus o germe influenzale che determina un'affezione morbosa ben nota nelle sue varie manifestazioni, non credo si possa oltre sostenere, anche se l'etiologia sia ancora ben lontana dall'essere chiarita, infatti bisogna tener presente che durante il decorso della malattia sopravvengono a carico dei vari organi come nell'occhio ed annessi complicanze tipiche a carattere acuto e spesso suppurativo le quali non sono che manifestazioni locali di una infezione generale e che differiscono dal quadro clinico delle paralisi per l'insorgenza e per il decorso.

Sarebbe stato interessante provare sperimentalmente, come del resto è stato fatto per la difterite, forse per la maggior frequenza con cui in tale malattia appaiono le complicanze nervose, il modo di comportarsi della tossina influenzale negli elementi istologici del tessuto nervoso; per quanto riguarda la difterite, per merito appunto degli studi del Ceni, Caporali, Villa, Donaggio a mezzo di ricerche sperimentali istocliniche, sembra doversi attribuire a tossici specifici dell'apparato nervoso periferico la genesi della paralisi neuromuscolari nel decorso dell'affezione difterica.

Orientata così l'opinione dei diversi autori al fattore tossico delle paralisi post-infettive, sorge un altro problema, e cioè se tali alterazioni siano dovute ad una tossina specifica o non piuttosto indirettamente a prodotti tossici cellulari quale reazione alla tossina influenzale. Gonzales, che ha studiato la patogenesi delle paralisi oculari intrinseche durante la convalescenza delle malattie acute infettive, non dà un giudizio definitivo su tale problema e confessa di non poter dare una spiegazione precisa, ritiene però che debba trattarsi di una sostanza che paralizzi sia il ganglio ciliare, sia l'apparecchio neuromuscolare dell'iride, ma suppone che detta sostanza possa non essere specifica e risultare dalla reazione cellulare organica contro le tossine; così per esempio nella difterite, il siero agisce impedendo o diminuendo l'azione dei bacilli sulle cellule dell'organismo, in tal modo la sostanza di reazione non sarebbe prodotta da queste cellule, onde l'assenza delle paralisi.

Ehrlich con le sue esperienze ha dimostrato che tutte le paralisi post-infettive, sono dovute non al virus specifico, ma ad una delle numerose sostanze che secondo la sua ipotesi entrano nella tossina specifica.

Per quanto riguarda la sede, non sempre il corredo dei sintomi clinici ci permette di poter precisare più o meno esattamente il punto della lesione. In linea generale bisogna tener presente il fatto che la paralisi può essere localizzata nel muscolo stesso, nell'apparato nervoso da cui il muscolo stesso dipende, e cioè lungo il tronco nervoso, nel nucleo e nella corteccia, anzi per alcuni autori si rende opportuna la distinzione tra paralisi del muscolo accomodatore e paralisi dell'accomodazione, nel senso che nel primo sono integri i centri superiori ove si iniziano gli stimoli e lesi invece quelli inferiori deputati all'elaborazione di essi, nel secondo invece è il contrario, integro l'apparato recettore, leso quello di comando.

Per quanto riguarda le paralisi isolate dello sfintere, la localizzazione del processo si

rende piuttosto difficoltosa poichè è ancora controversa la questione del decorso delle vie pupillari e dell'esistenza o meno di un centro destinato alla contrazione dell'iride sotto l'azione della luce.

Sono ben note le ipotesi avanzate da vari autori su tale argomento, a cominciare dal Gudden il quale per il primo ammise l'esistenza nel nervo ottico delle fibre pupillari che partendo dalla retina condurrebbero l'eccitazione luminosa non ai centri di percezione visiva ma alle cellule d'origine delle fibre motrici dell'iride, mediante le quali si avrebbe la contrazione pupillare riflessa.

Particolare rilievo meritano le teorie di Maiano e Marina: per il primo le fibre afferenti avrebbero origine dai nuclei laterali dei corpi quadrigemini anteriori associandosi poi alle fibre radicolari del 3° paio, per il secondo invece la via afferente sarebbe costituita da fibre che attraversano il mesencefalo senza contrarre alcun rapporto con le parti cellulari di questo per arrivare nel tronco del 3° paio e con questo fino al ganglio ciliare, il quale costituirebbe il centro riflesso della pupilla: la via efferente sarebbe costituita dai nervi ciliari corti. In sostanza, secondo Marina, nel ganglio ciliare sarebbero contenute cellule a due prolungamenti, di cui l'uno si porterebbe sino allo sfintere dell'iride seguendo i nervi ciliari corti, l'altro invece per mezzo della radice breve del ganglio stesso si porterebbe in direzione centripeta nel tronco del 3° in cui si congiungerebbe con le fibre pupillari nel n. ottico. Ne consegue che lo stimolo luminoso delle fibre dell'ottico si propagherebbe direttamente a quelle del 3° per raggiungere il ganglio ciliare ove si trasformerebbe in impulso motore per lo sfintere pupillare.

Ma la questione si è aggirata principalmente sull'esistenza o meno di un gruppo cellulale determinato avente funzione di centro dello sfintere dell'iride, localizzato secondo alcuni nel nucleo di Edinger-Westphall (Bernheimer) secondo altri (Monakow) in un complesso di cellule nervose che trasmette l'impulso luminoso alle fibre dell'oculomotore destinate allo sfintere dell'iride: esso sarebbe costituito da cellule nervose sparse in tutta la colonna nucleare.

A parte ciò, oggi, quasi i trattatisti ed autori in genere (Bietti, Salzmann, ecc.), sono del parere che tenendo presente il comportamento della reazione pupillare alla luce diretta, si può dedurre se le fibre pupillari siano lese nella funzione centripeta e centrifuga.

A tale scopo riesce di grande utilità lo schema proposto da Salzmann che qui riproduco:

| | O D | O S |
|---|---|---|
| Illuminando O S. | Si | Sd |
| Illuminando O D | Dd | Di |

in cui *D* e *S* sono le reazioni che si hanno illuminando rispettivamente l'*OD* e l'*OS*, *d* ed *i* la reazione rispettiva diretta ed indiretta. Considerando l'assenza delle reazioni spiegate nello schema, in senso orizzontale o verticale, si ha nel primo caso una lesione centripeta e centrifuga nel secondo, risultando invece una scomparsa combinata nei due sensi, si ha una associazione della lesione centripeta e centrifuga delle fibre.

Riguardo dunque alla sede delle paralisi dello sfintere pupillare e dell'accomodazione, per alcuni autori come il Bietti, l'oftalmoplegia interna o soltanto la paralisi isolata dell'accomodazione, deve essere messa in rapporto, come sede ad una lesione d'origine nucleare e ciò per la distanza che esiste tra i nuclei dei rami destinati ai muscoli estrinseci dell'occhio e quelle dei nuclei dei tronchi dai quali sono innervati i muscoli estrinseci.

Per altri autori invece la questione è più complessa poichè essi fanno risalire la sede del disturbo ai centri nervosi superiori, in altri termini essi considerano (Venneman ed altri) due centri psico-motori corticali dell'accomodazione dipendenti da un centro psicosensoriale della sfera visiva del lobo occipitale; allorquando, secondo tali autori, sopravvengono sostanze tossiche che vengono direttamente ad interessare tali centri, non è necessario che venga ad essere interessato il centro psico-sensoriale; essi ritengono che la paralisi dell'accomodazione sopravvenendo bruscamente metta fuori uso tali centri psicomotori, ma sull'esistenza di questi, non vi è nulla di chiarito; nulla ci dice l'anatomia, però l'osservazione clinica ce ne fa supporre l'esistenza. Dice infatti Venneman: « Noi pensiamo che a lato della sfera visiva o centro sensorio motore esista un altro centro d'accomodazione psicomotore dei muscoli esterni del globo oculare». Secondo ancora Venneman « allorquando si tratta di orientarci tra i piccoli oggetti che ci circondano abitualmente, è sufficiente l'apparato ottico-motore, ma quando invece dobbiamo occuparci in un lavoro più delicato e minuto, mettendo in azione la funzione binoculare e

maculare allora è necessaria l'esistenza di un centro superiore, cosciente e ragionato per la lettura, la scrittura, ecc. Questo centro deve essere situato più in avanti dell'emisfero, nel dominio dei centri di associazione intellettuali, coscienti ». Quale poi dei due centri venga ad essere utilizzato, se il destro o il sinistro, non si può dire.

Dopo di ciò, Venneman è del parere che i disturbi dell'accomodazione siano dovuti ad un'intossicazione della corteccia cerebrale a mezzo di un virus paralizzante a livello del centro accomodatore corticale, il decorso favorevole, secondo tale A., giustifica tale supposizione.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, nulla di definito è ancora per quanto riguarda la sede delle paralisi dell'accomodazione; sebbene la clinica abbia più che altro intuito ciò che l'anatomia e la fisiologia non ci hanno ancora provato in modo preciso ed assoluto, ciononostante è soltanto a queste che è affidato l'ulteriore chiarimento del problema.

***

Ho avuto occasione di osservare due casi di paralisi dell'accomodazione con e senza partecipazione dello sfintere pupillare, quali postumi di affezione influenzale. I casi che illustrerò non lasciano dubbi circa l'etiologia dell'affezione oculare, sia perchè la provenienza dei malati non lasciava incertezze circa una valutazione esatta della diagnosi, essendo state vagliate clinicamente tutte quelle forme che avrebbero potuto falsare il giudizio diagnostico, sia perchè non è stato nemmeno trascurato il fattore epidemiologico che sebbene manifestatosi in forma molto attenuata, senza assumere i caratteri gravi di una vera e propria epidemia, ebbe quella percentuale di infermi non trascurabile nella zona in cui ebbi occasione di studiarli.

Ho ritenuto opportuno di descriverli perchè, per alcuni rilievi di una certa importanza, costituiscono un'evenienza non comune rispetto alle osservazioni esistenti nella letteratura.

CASO I. — M. Domenico, di anni 15, da Spezia. Nulla di particolare nell'anamnesi familiare e personale. È stato sempre bene in salute: ha sempre goduto buona vista sia per lontano che per vicino, a scuola non ha mai avuto a lamentarsi di alcun disturbo visivo. Qualche mese prima di essere osservato in Clinica, ebbe a soffrire di un attacco influenzale, della durata di 7 giorni circa, con febbre alta, cefalea, dolore ai bulbi, per cui fu costretto a rimanere in letto per una diecina di giorni. Quando si alzò si accorse improvvisamente che non solo non vedeva più abbastanza bene per lontano quanto, e più specialmente, per vicino tanto da non potersi permettere una lettura distinta dei comuni caratteri di stampa.

Sebbene si fosse impressionato di tale disturbo comparso così di colpo, pure, non vi dette soverchia importanza anche perchè ritenne tale fenomeno quale conseguenza della malattia sofferta e quindi suscettibile di miglioramento, infatti, gradatamente, tali disturbi si attenuarono; però la visione per vicino era soltanto limitata ai caratteri più grandi, accusando dopo un certo tempo di applicazione, astenopia e qualche volta cefalea frontale un po' molesta, per cui venne in clinica a farsi visitare.

R. W. del sangue: negativa, anche dopo attivazione. Urine: normali.

Gli esami clinico-generale e neurologico sono risultati del tutto negativi. Così anche l'esame otorinolaringoiatrico, con particolare riguardo alla trasparenza dei seni.

Esame obbiettivo oculare:

Nulla di particolare a carico degli annessi e dei globi. Mezzi diottrici normali e trasparenti. Motilità normale. Pupille normali per colore, forma ed ampiezza, reagenti un po' torpidamente alla luce diretta ed indiretta, assenza del riflesso all'accomodazione. Esame della diplopia: negativo.

Vn. in OO.; 5/10, con forame stenopeico in OO.: 10/10. L'esame obbiettivo della rifrazione ha messo in evidenza la presenza di una ipermetropia lieve di 2 D. in OO., con lente sferica di + 2: visus = 10/10. All'esame del visus per vicino, alla distanza di circa 50 cm. riesce a stento a leggere il primo carattere, con lente sferica di + 4,50 in OO. = XI car. a distanza normale di 30-33 cm. Nulla di particolare nel C. V. e nel fundus.

L'istillazione della pilocarpina in entrambi gli occhi ha determinato una miosi ed una scomparsa dei fenomeni paralitici a carico dell'accomodazione, man mano però tale modificazione veniva sempre più a regredire fino a ritornare alle condizioni anteriori all'istillazione del miotico.

Sono state prescritte le comuni cure diaforetiche e non si è potuto controllare il decorso della malattia poichè l'infermo non si è fatto più rivedere.

CASO II. — P. Paolo, di anni 28, coniugato, da Pisa.

Negativo il gentilizio. Nell'anamnesi remota personale non v'è nulla di particolare che possa richiamare la nostra attenzione. Ebbe soltanto ulceri molli, nega lue. Non esistono precedenti familiari anamnestici che possano far sospettare l'esistenza della sifilide, la moglie non ha avuto alcun aborto. Ha sempre goduto buona vista sia per lontano che per vicino: essendo impiegato in un ufficio statale, ha sempre atteso al suo lavoro senza aver mai accusato il minimo segno di stanchezza visiva. Tre mesi fa durante una epidemia benigna di influenza nella città, ebbe a soffrire anche lui di questa malattia, per cui fu costretto a rimanere in letto per alcuni giorni, con febbre, rinite, cefalea, fotofobia, dolori ai bulbi. Sebbene gli fosse stato prescritto dal sanitario una cura opportuna, preferì non prendere alcun medicinale e guarì dopo pochi giorni. Si alzò quasi subito dopo la caduta delle febbre ed at-

tese normalmente alle sue occupazioni, però, dopo la prima settimana si accorse improvvisamente, un mattino, di non poter più leggere il giornale, come abitualmente. Per lontano invece non ebbe a soffrire alcun disturbo, eccettuata una lieve fotofobia.

Per tale fatto fu costretto a prendersi un periodo di riposo dall'ufficio, sebbene notasse che di giorno in giorno le sue condizioni visive migliorassero sempre più per cui gli era possibile entro certi limiti di poter leggere i caratteri più grandi di stampa. Non ha mai accusato diplopia.

R. W.: negativa; urine: normali.

Gli esami clinico-generale, neurologico ed otorinolangoiatrico sono risultati negativi.

Esame obbiettivo oculare:

Nulla di particolare a carico degli annessi e dei globi. Motilità normale, l'esame della diplopia non ha messo in rilievo alcun disturbo a carico della motilità. Mezzi rifrangenti normali.

Pupille midriatiche ed anisocoriche (la pupilla di sinistra è un po' più ampia della destra). Reazione pupillare diretta alla luce quasi assente in OD.: è caratteristico il fatto che illuminando il campo pupillare dell'OS si ha prima un lieve accenno alla miosi indi una midriasi (fenomeno di Gowers) Vn. in OO.: 12/10. Refrazione emmetropica.

All'esame del punto prossimo: OD = II rigo a 40 cm., con + 3 sf. = XI rigo a 33 cm. OS : XI car. a distanza normale C. V. e fundus normali.

L'istillazione di cocaina all'1 % in entrambi gli occhi ha determinato una lieve accentuazione della midriasi specie in OD, l'istillazione della pilocarpina, dopo qualche minuto, un restringimento pupillare tanto da assumere un'ampiezza quasi regolare. Vn. 2/10, per vicino XI car. a distanza normale. Di ora in ora però il disturbo paretico ricompariva per essere completo al mattino seguente.

Qualche giorno dopo, scomparsa l'azione del miotico, l'ampiezza pupillare ha ripreso i suoi caratteri descritti.

Sono stati prescritti diaforetici e cure stricniche; dopo circa 15 giorni, il paziente ci riferisce di essere quasi completamente guarito, perchè ha notato di giorno in giorno miglioramento visivo sempre più spiccato tanto da permettergli la lettura dei comuni caratteri di stampa, anche di quelli minuti a distanza normale, senza accusare alcuna stanchezza.

All'esame obbiettivo, le pupille sono tornate quasi all'ampiezza normale, reagenti al riflesso della luce, sebbene un po' torpidamente. Pp. : XI car. a distanza normale.

L'insorgenza della paralisi dell'accomodazione nei casi descritti, per quei caratteri che risultano dalla storia clinica, sembra essere in diretta dipendenza del fattore influenzale, è certo però che, come ho già premesso, è ben difficile poter dimostrare in modo netto e preciso tale legame e concorrono a tale diagnosi diversi caratteri in cui le note cliniche della malattia, l'epoca, il carattere dell'insorgenza, il decorso, costituiscono un complesso sintomatologico di una certa importanza per risalire alla causa del disturbo.

Ci son diversi punti nei casi descritti su cui desidero richiamare l'attenzione: nelle due osservazioni alla paralisi dell'accomodazione, sia essa accompagnata o no dalla paralisi dello sfintere pupillare, unilateralmente o bilateralmente, non si sono associati disturbi paralitici a carico di altri muscoli del globo ed annessi, dipendenti sia dalle altre branche dell'oculomotore, che del IV, del VI, del VII, nè da alterazioni a carico del nervo ottico, della retina, e di altre membrane oculari, come pure nessun disturbo di carattere clinico generale e nervoso è stato messo in rilievo dai rispettivi esami praticati con cura per ciascun caso.

Per quanto riguarda la sede, si tratta di una paralisi con localizzazione muscolare o nervosa? Ed in quest'ultimo caso è essa di origine fascicolare, nucleare o corticale?

Ho già premesso nelle considerazioni generali quanto sia estremamente difficoltoso delimitare con una certa precisione la sede del processo, anche per il fatto che oggi non si hanno idee perfettamente chiare per quanto riguarda l'anatomia e la fisiologia dei centri pupillari e dell'accomodazione; ho anche premesso quali sintomi ci permettono di individuare con una certa approssimazione la sede di tali paralisi.

L'istillazione della cocaina, nel 2° caso, nel caso cioè in cui era evidente la midriasi pupillare, ha permesso di poter in modo certo attribuire la causa del disturbo ad una paralisi del ramo dell'oculomotore e non ad una eccitazione del simpatico; inoltre l'istillazione della pilocarpina in entrambi i casi è stata seguita da miosi, la cui durata è stata relativamente breve, poichè la pupilla ha riassunto dopo poche ore l'ampiezza primitiva: tale ultimo comportamento ci porta ad escludere in modo netto che la paralisi sia in dipendenza delle fibre muscolari dello sfintere pupillare, come anche del muscolo accomodatore, poichè sebbene per breve tempo, il punto prossimo in entrambi gli occhi e nei due casi si è riportato alla distanza normale ottenendosi una guarigione temporanea del disturbo.

Eliminata così la sede muscolare, passo a trattare quei caratteri che ci permettono, entro certi limiti, di poter circoscrivere con qualche approssimazione, la sede dell'affezione al sistema nervoso.

Nel primo caso la paralisi limitata all'accomodazione senza ledere affatto l'apparato pupillare (pupille normali per forma e dimensioni, reagenti alla luce per via diretta ed indiretta) fa pensare ad un'origine centrale dell'affezione sia per la subitaneità del processo pa-

ralitico sopraggiunto « d'emblée » durante la convalescenza, quanto e più principalmente, per la bilateralità della lesione a carico soltanto dell'accomodazione senza compromissione delle parti nervose circostanti, essendo integra la funzionalità a carico degli altri muscoli oculari. Nel nostro caso però, la lesione deve essere localizzata ad un presunto centro corticale o ad un centro isolato bulbare dell'accomodazione?

A tale proposito devo premettere che è accertato, per merito appunto delle ricerche di Hensen e Völchers, come per l'oculomotore non si tratti di un unico centro ma di una serie di centri disposti l'un sull'altro ed indipendenti fra loro. Da indagini più recenti fatti sulla scimmia Bernheim sarebbe riuscito a compilare un piccolo schema sulla topografia di tali centri, in cui, secondo tale A., esisterebbero due nuclei mediani destinati alla pupilla ed un nucleo mediano situato sotto di essi e destinato all'accomodazione, lateralmente sarebbero disposti altri nuclei.

Per opera di Behr, Bing, Cords e Schaffer, anche per l'uomo è stata ammessa l'esistenza del centro bulbare dello sfintere dell'iride e dell'accomodazione, essi hanno ideato uno schema che ha trovato largo favore fra i trattati: anche qui si è considerato un unico centro mediano dell'accomodazione e due ciliari dello sfintere, lateralmente.

Volendo dunque risolvere il problema se il virus X paralizzante si localizzi nel centro bulbare od eventualmente nel centro corticale, secondo Vennemann, dell'accomodazione, io credo che maggior credito debba meritare la ipotesi genericamente ammessa, secondo cui la lesione viene a determinarsi a carico del centro bulbare, e ciò per il fatto che oggi l'esistenza del centro corticale, soltanto intuita, merita conferma a mezzo delle ricerche anatomo-fisiologiche.

Nel secondo caso, la circostanza curiosa dell'inversione dei processi paralitici a carico dello sfintere e dell'accomodazione (OS: pupilla midriatica, accomodazione integra OD: ampiezza pupillare quasi normale, paralisi conclamata dell'accomodazione) per alcuni caratteri merita qualche considerazione. Anzitutto è da ascriversi tale reperto all'unilatelarità dell'affezione, per quanto riguarda l'accomodazione, o ad una regressione del processo paralitico, da prima bilaterale, in un occhio, tanto da mentire in definitiva una paralisi monolaterale dell'accomodazione? Dalla storia un solo fatto è certo, ed è che il paziente ha notato dopo alcuni giorni dall'insorgenza del disturbo un miglioramento graduale ma spiccato del visus per vicino tanto da non notare quei disturbi così intollerabili come all'inizio della malattia permettendogli la lettura dei più grossi caratteri di stampa: tale comportamento ci fa pensare alla bilateralità della paralisi, e per tale ragione anche in questo caso è presumibile che il punto della localizzazione si sia circoscritto al centro bulbare dell'accomodazione.

D'altra parte, sebbene non sia definita la questione in merito all'esistenza o meno del centro bulbare dello sfintere pupillare, pure, le ricerche di Hensen e Volchers ed il parere favorevole in proposito di alcuni autorevoli trattatisti (Bietti) sembra voler confermare il concetto, col conforto dell'osservazione clinica, che l'associazione non rara tra paralisi dell'accomodazione e quella sfinteriale sembra più probabile doversi spiegare con una lesione di tali centri che non diversamente, come pure l'unilateralità dell'affezione sembra più verosimile ammetterla allorquando ci si trovi in presenza di centri isolati ed indipendenti che non quando si volesse considerare il disturbo in connessione ad una lesione di un gruppo di fibre, ciliare o pupillomotore, in cui venga ad esere interessato l'un gruppo e risparmiato l'altro.

Per quanto riguarda il fenomeno patogenetico della malattia, oggi la maggior parte degli AA. sembra orientata verso il fattore tossico; come poi questo agisca, se cioè direttamente o indirettamente, se globalmente o per mezzo di uno o più costituenti della tossina specifica, oggi nulla si sa: del resto la teoria tossica della paralisi dell'accomodazione per essere elaborata con criterio logico tale da avere un carattere positivo, deve essere confortata da ricerche sperimentali accurate, cosa che è stata fatta per alcune altre malattie infettive, come p. es. la difterite.

D'altra parte, poichè è evidente l'affinità clinica del disturbo fra difterite ed influenza, sia per l'insorgenza, per il decorso, come per l'esito, non si può disconoscere che la stessa causa X che viene a determinare il processo paralitico della difterite possa essere simile a quello, per certi aspetti, dell'influenza, a parte naturalmente l'etiologia precisa dell'affezione influenzale ed il meccanismo con cui tale fattore tossico agisce sui centri nervosi.

Per quanto concerne il decorso della malattia, nel primo caso mi mancano elementi esatti per poter precisare l'andamento del disturbo, nel secondo invece, in cui ho avuta la possibilità di poter seguire il decorso, ho riscontrato di giorno in giorno miglioramento fino

alla guarigione completa. A tale riguardo, la maggior parte degli AA. si sono limitati all'osservazione clinica del fenomeno senza controllare a distanza il decorso della malattia, ciononostante quasi tutti son d'accordo nell'ammettere una prognosi fausta con « restitutio ad integrum quoad functionem » in un tempo più o meno breve, spesse volte spontaneamente, altre volte con cure opportune.

Alcuni consigliano (Fuchs) di usare in tali casi la pilocarpina la quale, oltre all'effetto noto della miosi, ha anche quello di indurre a una tensione dell'accomodazione per la contrazione del muscolo ciliare. Questa del resto ha una durata tanto minima quanto la miosi stessa, tuttavia la contrazione del muscolo, prodotta dal miotico pare induca talvolta effetto benefico forse allo stesso modo della faradizzazione delle paralisi; qualche volta può avere utile applicazione la corrente costante.

Nei due casi da me illustrati, ho prescritto, come cura generale, dei diaforetici, sotto forma di preparati salicilici, e stricnina alle tempie, ottenendo nel secondo caso, guarigione completa.


RIASSUNTO.

L'A. illustra due casi non comuni di paralisi dell'accomodazione sopraggiunti durante la convalescenza da attacco influenzale. Nel primo caso il processo paralitico, bilaterale, era isolato, nel secondo invece, la paralisi accomodativa, unilaterale, era associata a paralisi dello sfintere pupillare, bilaterale. In uno dei casi, ha avuto modo di poter controllare la guarigione perfetta del disturbo.

L'A., facendo cenno al problema patogenetico dell'affezione, fa a tale riguardo e circa la sede della lesione, qualche considerazione di carattere generale.


BIBLIOGRAFIA.


MAGGIORE. *Segni, sint. e sindr. ocul. n. diagn. med. gen.* Pozzi.
MUSSA-BEILI. Zentr. f. Aug. XXII, pag. 342.
SABATTKY. Ibid., pag. 746.
ODENEAL. Amer. Journ. of. Opht., pagg. 622-623, 1924.
MEYEROFF. Zeitsch. f. Aug. Bd. 49, 1922.
WOD. Brit. Jour. of Oph., pagg. 415-416, 1920.
PENICHET. Rev. Cub. de Oph., vol. II, 1920.
BRESLER. Zentr. f. Aug. Bd., pag. 70.
LESCKE. Berl. Klin. Wochenscr., 1920.
GONZALES. Americ. Journ. of Ofhth., 1924.
GENET. Archiv. d'ophth., n. 7, 1921.
JUNIUS. Zeit. f. Aug., 1920.
WILBRAND. Neurologie des Auges. Bd. I.
MINGAZZINI. *Anatomia Clinica dei centri nervosi.* Utet.
CECONI. Medicina Interna, vol
ENCYCLOP. Franç., vol. VI.


# NOTE E CONTRIBUTI


R. ISTIT. DI CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal sen. prof. E. PESTALOZZA.


## Calcoli vescicali secondari a operazioni ostetriche e ginecologiche.

### Cura per le vie naturali.


Prof. AUGUSTO CASSUTO,
docente di Urologia
nella Scuola di Perfezionamento.


Bani ha pubblicato nel n. 33 del *Policlinico* dell'anno scorso un caso di calcolosi vescicale il cui nucleo era costituito dall'ansa di un filo di seta procidente in vescica; la paziente aveva subìto un pregresso intervento di isteropessi, secondo Pestalozza.

Il privilegio di essere l'urologo di una clinica che ha un vastissimo movimento di malate e qualche caso personale ci ha messo in condizioni di poter riunire cinque casi di questa non comune affezione, la cui importanza e patogenesi è stata richiamata dal Bani.

Il primo caso osservato (fig. 1) risale al 1923, quando essendo ancora nella R. Clinica Chirurgica, ricevetti dal collega professore Rubbiani una donna che si era presentata all'Ambulatorio della Clinica Ostetrica in preda a notevole ematuria e a grave tenesmo. Dall'anamnesi risultò che aveva subìto, circa un anno prima, un'operazione cesarea sul segmento inferiore, secondo Schikele (transperitoneale), in altra città.

Adoperando il cisto-uretroscopio di Leo-Buerger a irrigazione continua, poichè la capacità vescicale era ridotta ai minimi termini, sin quasi all'incontinenza, riuscimmo tuttavia a rilevare come oltre all'aspetto di una comune cistite, in alto, fra parete posteriore e cupola verso le ore 13, fosse situato un calcolo. Questa singolare osservazione, occorsa per la prima volta, non mancò di stupirci e ci lasciò anche un poco titubanti sull'esattezza della osservazione fatta e più su come l'avevamo interpretata.

La vescica per quanto poco distesa non offriva alcun aspetto trabecolare o a colonne: era quindi possibile escludere a priori che il calcolo fosse innicchiato in parte in una cellula. Pensare a un calcolo di peso specifico tanto basso da galleggiare sul liquido di lavaggio (cistina?). Nè pure tale idea ci soddisfaceva a pieno. Tornammo davvero a pensare di non aver correttamente interpretato la le-

sione date le momentanee sfavorevolissime condizioni di osservazione che la malata ci offriva.

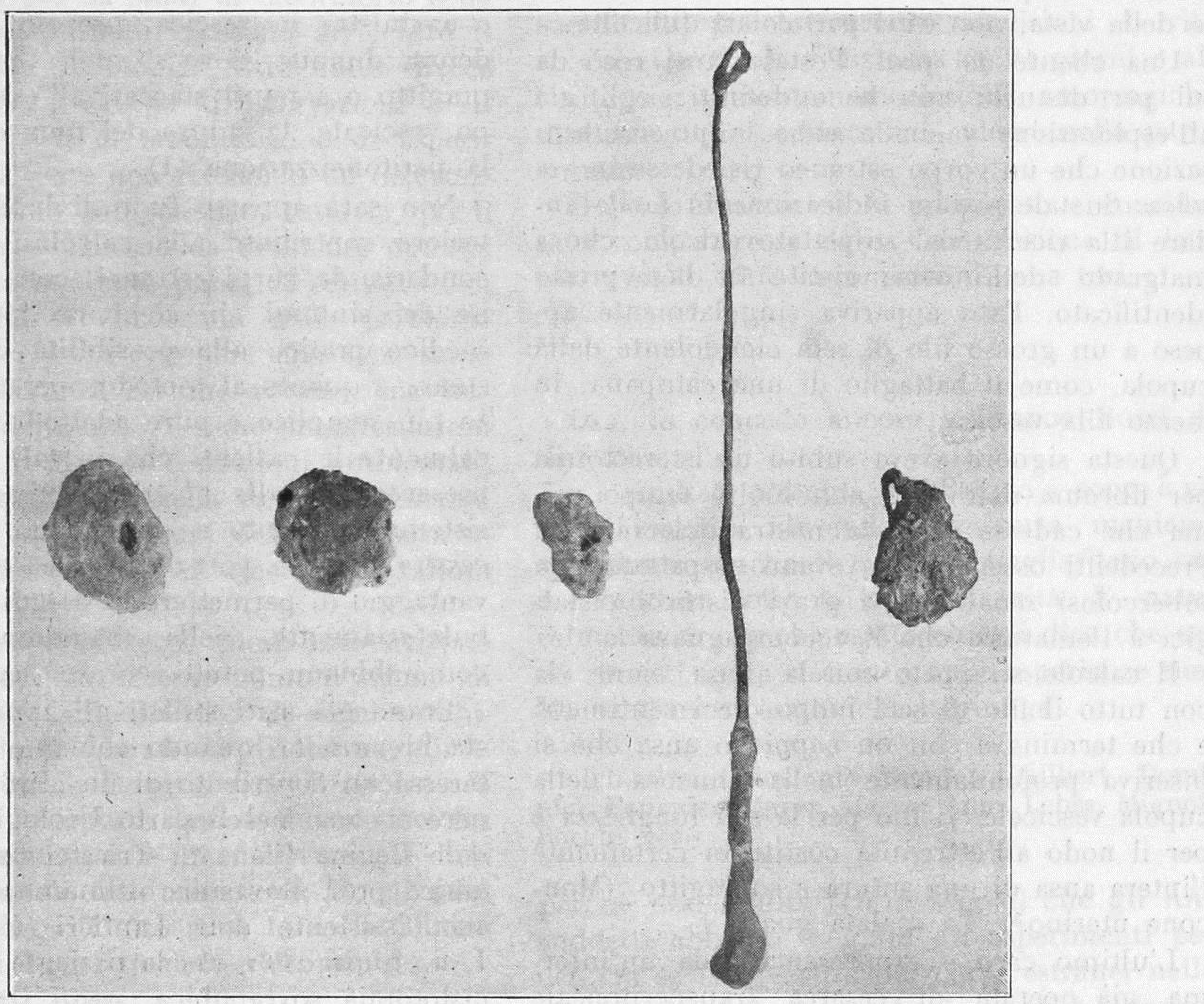
La sottoponemmo perciò a riposo e a istillazioni vescicali di nitrato d'argento: appena migliorata la continenza, fu ripetuta l'osservazione cistoscopica.

Questa volta ci togliemmo ogni dubbio, si trattava veramente di un calcolo vescicale aderente alla parete, perchè volgendovi contro una sonda ureterale non si riusciva a spostarlo, spingendo con più forza, si poteva smuoverlo un poco ma trascinando seco un tratto di mucosa vescicale e provocando dolore.

In anestesia locale vescicale decidemmo un intervento per le vie naturali. Introducemmo un semplice cistoscopio da esplorazione, fra i più sottili, e sulla guida di questo anche la pinza a forte presa di Mathieu, sempre attraverso l'uretra. Per le operazioni endoscopiche nella donna, data la larghezza e brevità dell'uretra diamo sempre la preferenza a questo metodo, piuttosto che all'uso del cistouretroscopio operatore, che dispone di istrumenti molto meno potenti di presa.

Con opportuna angolazione fra pinza e cistoscopio in guisa da mettere bene in evidenza sotto l'ottica le morse dell'istrumento, lo portammo in prossimità del calcolo sino ad afferrarlo. Assicurati che la presa fosse buona esercitammo una discreta trazione su di esso sin che riuscimmo a staccarlo dalla parete vescicale. Fu poi cosa facile estrarlo intero, poichè l'uretra si lasciò facilmente distendere. Lo stampo chiaramente impresso sul calcolo e un piccolo ponte di filo che rimase sporgente poi dalla mucosa vescicale, non lasciò adito a dubbi che si trattasse di un'ansa di seta che aveva formato il nucleo primitivo del calcolo.

L'ansa, tenacemente aderente agli strati



profondi non fu potuta strappare via e perciò fu bruciata con la sonda diatermica. Il decorso fu semplice.

Il secondo caso riflette una signora della clientela privata del prof. Pestalozza e da questi gentilmente affidatami.

La paziente si recò da lui credendo nella persistenza di disturbi della sfera genitale per cui a Napoli otto mesi prima era stata operata di amputazione sopracervicale dell'utero. Il prof. Pestalozza potè escludere qualsiasi nuova malattia degli annessi e potè sicuramente stabilire trattarsi di una malattia della vescica.

Come nella malata di cui abbiamo precedentemente riferito, fu facile osservare un calcolo situato in alto verso le ore 14 in una po-

sizione intermedia, fra cupola e parete vescicale posteriore. Il trattamento fu identico e il decorso favorevole.

Il terzo caso riguarda una donna isterectomizzata sei mesi prima che giungesse alla nostra osservazione. Poco dopo insorsero dolori cistalgici sempre più intensi per cui decise di ricorrere a noi.

La causa fu presto indentificata in un piccolo calcolo aderente come il solito in alto a S. sulla parete posteriore della vescica. Data la precedente esperienza, la sua asportazione mediante la pinza di Mathieu, sotto il controllo della vista, non offrì particolari difficoltà.

Una cliente del prof. Pestalozza si recò da lui per disturbi non bene definiti: egli già all'esplorazione vaginale ebbe la precisa sensazione che un corpo estraneo risiedesse in vescica. Su tale precisa indicazione fu facile andare alla ricerca del sospettato calcolo, che a malgrado dell'intensa cistite fu ben presto identificato. Esso appariva singolarmente appeso a un grosso filo di seta ciondolante dalla cupola, come il battaglio di una campana, in mezzo alla vescica.

Questa signora aveva subìto un'isterectomia per fibroma dell'utero non molto tempo prima che cadesse sotto la nostra osservazione. Precedenti osservatori avevano sospettato una tubercolosi renale per i gravi disturbi cistalgici e l'ematuria che li accompagnava.

Il calcolo strappato con la pinza venne via con tutto il filo di seta lungo dieci centimetri e che terminava con un cappio o ansa che si inseriva profondamente nella mucosa della cupola vescicale. Il filo per la sua lunghezza e per il nodo all'estremità costituiva certamente l'intera ansa di una sutura a sopragitto. (Moncone uterino?). La malata guarì.

L'ultimo caso è rappresentato da un'inferma, già operata di cesarea transperitoneale (segmento inferiore), alla quale in identiche condizioni delle precedenti ci riuscì asportare non solo il calcolo, ma anche tutta intiera l'ansa di seta a cui aderiva. Ottimo il decorso, come nei casi precedenti.

La relativa frequenza con cui i chirurgi specialisti devono pure imbattersi in casi del genere, fa sorgere spontaneo il consiglio di essere guardinghi nella pratica ginecologica nell'applicare punti e suture in prossimità della parete posteriore della vescica. E in ogni caso curare bene l'isolamento di questa come sempre suggerisce il prof. Pestalozza, anche per il suo metodo di isteropessi. Questo si ottiene agevolmente specie dissecando anteriormente un bel tratto di peritoneo, partendo da una buona porzione in alto dello stretto superiore dell'utero e seguendo l'isolamento del peritoneo sino a rendere bene evidente la vescica.

Questo procedere faciliterà, oltre tutto, una buona peritoneizzazione del moncone o una corretta fissazione dell'utero a seconda dei casi.

E che proprio alla mancanza di queste cautele debbano ascriversi le calcolosi secondarie osservate, dopo interventi ostetrici-ginecologici, ci sembra possa rilevarsi dal fatto, che tutti i punti di seta sui quali si era incrostato secondariamente un calcolo erano situati in alto e a sinistra in vescica, proprio in corrispondenza, dunque, dove si suole terminare a sopragitto o a punti staccati all'esterno del corpo vescicale, la sutura del moncone uterino e la peritoneizzazione (1).

Non sarà apparso fuor di luogo questo ulteriore contributo alla calcolosi vescicale secondaria da corpi estranei, con la precisazione dei sintomi che debbono fare pensare il medico pratico alla possibilità della sua esistenza e quanto al metodo operatorio, al mezzo più semplice e pure adatto a guarire radicalmente le pazienti che in tali condizioni si presentassero alla nostra osservazione. Questo sistema incruento e che si può dire non necessita di cure post-operatorie, offre anche il vantaggio di permettere di eseguirlo quasi ambulatoriamente, nella maggioranza dei casi, come abbiamo potuto sempre eseguirlo noi (2).

Erano già stati stillati gli appunti per questa breve nota, quando abbiamo letto con interesse un contributo di un altro caso del genere occorso nel Reparto Urologico dell'Ospedale Regina Elena di Trieste diretto dal mio amico prof. Ravasini, ottimamente redatto dal suo assistente dott. Lantieri (*Urologia*, anno I, n. 1, pag. 36), ma la paziente fu operata di cistotomia sovrapubica.

## RIASSUNTO.

L'A. riferisce su 5 casi di calcolosi della vescica dovuti a corpi estranei (fili di seta), dopo pregresse laparatomie. Tutti operati con successo per le vie naturali.

Roma, 31 marzo 1934, anno XII.

---

(1) Queste suture poi, oggi nella nostra Clinica sogliono dal prof. Pestalozza essere praticate con fine *catgut* cromico, con il preciso scopo di ovviare a inconvenienti come quelli che hanno per oggetto questa breve nota.

(2) Il primo caso riferito, fu già da noi pubblicato nella Rivista « La Clinica Ostetrica » diretta dal prof. Paolo Gaifami. Fascicolo 10°, anno 1924.

# DISCUSSIONI E COMMENTI.

Clinica Chirurgica
della R. Università di Cagliari

## Per favorire la ricerca delle relazioni patologiche fra vie biliari e stomaco (1).

Prof. G. Baggio.

La Clinica insegna a riconoscere le malattie e a curarle. In questo esame analitico dei malati trova modo non infrequente di segnalare sintomi nuovi e anche nuove forme morbose, che, integrati poi da studi di laboratorio e da esperimenti su animali, possono arricchire il dottrinale della Patologia. Altre volte invece la Clinica offre il campo di osservazione a riscontro di reperti di laboratorio o di esperimento i quali, pure non rivelando un determinato meccanismo patogenetico, tuttavia, per il fatto che non esorbitano da evenienze ognuna di per sè nota o avente punti di contatto con condizioni che si conoscono nella patologia umana, inducono a ritenere che non siano che la ripetizione di ciò che avviene, inavvertito, anche nell'uomo o siano manifestazioni diverse, per le diverse condizioni ambientali, delle stesse leggi note nella patologia umana, o siano fatti che, alle leggi della patologia umana tracciano indirizzi di ricerca fino allora poco seguiti.

Nel complesso ordine di questi moventi può dirsi che rientri la recente comunicazione di Franco Rossi dall' « Istituto di Clinica Chirurgica » della R. Università di Milano, diretto dal Prof. Mario Donati) sotto il titolo « di un eventuale rapporto ezio-patogenetico fra lesioni della cistifellea e ulcera gastrica o duodenale » : la quale trae origine da alcuni miei esperimenti eseguiti otto anni fa nella Clinica Chirurgica di Roma quando v'ero aiuto.

Scrive difatti Rossi :

« Tale dibattuta questione mi è sembrata avere punti attinenti con alcuni risultati sperimentali ottenuti dal Baggio e da questi comunicati al Congresso della Società Italiana di Chirurgia tenuto a Padova nel 1926 ».

« I risultati ottenuti dal Baggio mi sembrarono rivestire il massimo interesse, perciò ritenni opportuno praticare alcune esperienze analoghe ».

« Volli poi studiare se nell'uomo si potessero riscontrare fenomeni presentanti qualche analogia con quanto il Baggio aveva ottenuto nel campo sperimentale ».

Ciò che io avevo ottenuto nel campo sperimentale è che, dei cani ai quali avevo immesso sassolini nella cistifellea avevano poi presentato delle ulceri peptiche nello stomaco.

(1) Comunicazione alla Società Lombarda di Chirurgia.

Rossi non ha avuto conferma di questi risultati :

« Dodici cani furono da me trattati (scrive l'A.) con le stesse modalità, ma in nessuno di essi mi fu dato osservare fatti ulcerativi a carico dello stomaco o del duodeno ».

Perciò trovo molto utile comunicare alla Società, che gli esperimenti suddetti furono ripetuti anche nella Clinica Chirurgica di Cagliari da me diretta, per opera dell'Aiuto Dottor Cardia, col risultato che un cane nella cui cistifellea erano stati immessi 5 sassolini, fu sacrificato, per le estreme condizioni di vita in cui si trovava, a distanza di 24 giorni e all'autopsia presentò escoriazioni emorragiche multiple nello stomaco e 3 ulceri nella parte antrale.

Il pezzo anatomico fu esaminato e considerato con interesse dalla Commissione di laurea, avendo fatto argomento di una tesi.

***

Ora, io concedo ancora a Franco Rossi di dire che

« i risultati ottenuti dal Baggio » sono « rimasti isolati », dovendo, in certa maniera, considerare anche il risultato Cagliaritano come raccolto sotto la mia paternità. E, naturalmente, è più che esatto ch'egli dica che sono rimasti senza riscontro nelle esperienze sue. Ma non trovo esatto che aggiunga :

« e gli altri Autori già ricordati (Gilbert, Dominici, Fournier, Mayer, Marcantonio, Lebes, Mignot, Borghi ecc.)

perchè non risulta (ch'io sappia) che gli AA. suddetti abbiano eseguito gli esperimenti per cercare se la presenza dei corpi estranei nella cistifellea producesse ulceri gastriche (come ha ricercato espressamente F. Rossi). Il valore dei reperti avuti da questi sperimentatori in riguardo al rapporto : corpi estranei nella cistifellea ed ulcera gastrica, è detto, invece, esattamente, con le parole che Rossi aveva usato prima : che cioè

« finora i diversi ricercatori, che avevano studiato il comportamento della cistifellea e della bile in presenza di corpi esranei, non avevano mai avuto occasione di osservare come l'introduzione di questi nelle colecisti generasse delle ulcere a carico dello stomaco » :

il che ha significato ben diverso da ciò che è riportato più su. Cito a riprova quest'episodio : il Prof. Businco, allora anatomo-patologo in quest'Università e commissario di laurea

nella seduta in cui fu presentato il pezzo anatomico del nostro ultimo risultato positivo, disse in quell'occasione che durante le sue ricerche sperimentali sull'infettabilità della bile erano occorsi anche a lui dei reperti analoghi, che però non fece risultare in pubblicazioni perchè altra era la finalità delle sue indagini. Se ne deduce che, il silenzio su argomenti che non formino scopo diretto di lavoro, non solo non ha alcun significato negativo, ma è pure accordabile con risultati positivi.

Alla stessa maniera trovo fuori di posto l'espressione seguente:

« Abbiamo infatti visto, nel campo sperimentale, che l'ulcera gastrica o duodenale non sembra potersi dire causata da corpi estranei contenuti nella cistifellea ».

Una cosa è dire che l'ulcera gastrica o duodenale sia causata da corpi estranei contenuti nella cistifellea ed altra cosa è dire che corpi estranei contenuti nella cistifellea possano dar luogo ad un'ulcera gastrica o duodenale.

Io voglio aggiungere, anzi, un altro reperto negativo a quelli di Rossi, citando la pubblicazione di Pepper (*Amer. j. of med. sc.*, 146, n. 2, 1913) della quale è riportato nel *Zentralorgan f. d. g. Ch.* ecc., vol. III, pag. 229, quanto segue:

« Fu immesso nella cistifellea (di cani) un grosso sasso rotondo ». « Risultati: dopo 11 mesi nessuna alterazione della secrezione o della morfologia dello stomaco o del pancreas ».

Con tutto ciò, non solo non posso disconoscere i risultati miei, ma debbo attribuire loro un significato che oggi non mi è dato ancora di precisare ma che potrebbe dimostrarsi non trascurabile domani.

Ed è perciò che mi pare troppo sommario il giudizio espresso dal nostro Illustre Presidente, quando, a commento della comunicazione di Rossi, ha detto:

« E tralascio le esperienze di Baggio, perchè evidentemente non possono avere grande importanza riportandole alla clinica umana ».

Evidentemente (dirò anch'io) l'importanza l'hanno perduta dopo la comunicazione di Rossi, perchè prima ne ebbero per lo meno quanta è bastata a promuovere la comunicazione medesima.

Ora: l'hanno perduta, questa importanza, perchè sono « rimaste senza riscontro » nelle esperienze di Rossi?

Non intendo di fare appunto a chicchessia, perchè anch'io non ci badai che dopo parecchio tempo; ma devo mettere in rilievo un particolare: si direbbe che sia caratteristica di quelle esperienze la rarità dei reperti positivi. Comunicando alla Società Italiana di Chirurgia dissi che i risultati di allora erano relativamente frequenti rispetto al numero degli animali morti a seguito non lontano degli esperimenti (3 su 11); ma, considerati invece rispetto al numero complessivo degli esperimenti, (chè i morti più tardi furono negativi), quei risultati positivi furono di 1 su 15, di 2 su 12. Il reperto di Cardia ha la frequenza di 1 su 12. Complessivamente sono: 4 su 39.

La negatività del reperto sui 12 esperimenti di Rossi non sarebbe, adunque, ancora tale da costituire disaccordo con le proporzioni dell'evenienza occorsa a me. E in nessun caso la riterrei sufficiente per indurre uno studioso obbiettivo a destituire di valore un risultato altrui.

O hanno perduto l'importanza, quelle mie esperienze, perchè « riportate alla clinica umana » non s'è trovata una frequenza di associazione fra calcolosi biliare e ulcera gastrica, maggiore di quella segnalata da Rossi?

Ma, non credo che fosse il caso di attendersi risultati molto diversi, data l'esperienza di tutti i giorni e tenuto conto di statistiche espressamente pubblicate in proposito (che sono riportate dallo stesso Rossi).

E quale altro argomento si trova nella comunicazione, che entri in merito a problemi connessi con l'esperimento mio?

A me pare che il programma tracciatosi da Rossi con le parole:

« Volli poi studiare se nell'uomo si potessero riscontrare fenomeni presentanti qualche analogia con quanto il Baggio aveva ottenuto nel campo sperimentale »

debba avere inizialmente questo piano d'esecuzione: rintracciare se ci siano casi nei quali associata a calcolosi biliare si trovi un'ulcera gastrica o duodenale che dimostri di essere insorta a seguito e in connessione più o meno palese con la presenza dei calcoli nelle vie biliari. Compito tutt'altro che facile, ma, appunto per questo, bisognoso di indagini accurate e, sovrattutto, rispondenti allo scopo: cioè consistenti in principal modo nel dettagliato studio anamnestico dei malati ed anatomo-patologico della lesione in esame. Invece Rossi non dispone che di 7 casi (7 soltanto sono i casi di calcolosi biliare: gli altri 3 sono di colecistite) e (per attenermi ai soli rilievi di natura anatomo-patologica) riferisce che soltanto in uno di questi 7 casi fu praticata la resezione gastrica: gli altri furono

trattati con g. e. Non solo: ma pure in questo unico caso resecato, delle condizioni dell'ulcera non dice parola:

« Operazione: Rachianestesia novocainica. Laparotomia xifo-ombelicale.

« Cicatrice da ulcera alla prima porzione duodenale, faccia anteriore, stellata ed ombelicata, parzialmente stenosante il lume intestinale... Vien praticata una resezione gastrica (asportazione di 3/4 del viscere) alla Billroth seconda maniera, seguita da fissazione della cistifellea alla ferita laparotomica. Decorso post-operatorio normale ».

E non basterebbe nemmeno questo particolareggiato studio anamnestico ed anatomopatologico. Bisognerebbe poi restringerne i risultati a quei casi di calcolosi biliare che mostrino essi, qualche analogia con le condizioni sperimentali in cui mi sono posto io; le quali, a quanto pare, non furono comprese affatto da Franco Rossi, perchè dice nella sua comunicazione:

« Dobbiamo far osservare che nel campo clinico, in caso di calcolo asettico colesterinico, in cui si hanno le condizioni più attinenti alle esperienze del Baggio, una concomitante ulcera gastrica o duodenale dev'essere considerata come fatto di rarità eccezionale ».

Viceversa, nella mia comunicazione alla Società Italiana di Chirurgia, dalla quale Rossi ha tratto gli elementi che l'interessavano, si legge:

« In esperimenti eseguiti con lo scopo di stabilire se la presenza di corpi estranei asettici nella cistifellea bastasse a determinarvi infezione biliare, m'era accaduto di constatare che un cane, nella cui cistifellea avevo introdotto 11 sassolini, morto dopo 22 giorni presentava nella zona antrale delle tipiche ulcere gastriche. Degli 11 sassolini della cistifellea, 7 erano rimasti, 4 evidentemente erano stati emessi lungo il coledoco ».

Nell'esperimento di Cardia erano stati introdotti 5 sassolini e se n'erano ritrovati 4 nella cistifellea ed 1 impegnato nel cistico.

Non, dunque, il calcolo unico, ma corpi estranei multipli e che possono passare o impegnarsi nelle vie di deflusso.

A questo proposito mi fecero pensare non poco gli esperimenti di Hosomi (*Virch. Arch. f. path. Anat. u. physiol.*, 267, 1928) e l'ultimo risultato nostro appartenente agli esperimenti di Cardia. Di Hosomi avevo letto nel *Zentr. org. f. die ges. Chir.* ecc., vol. 43, pagina 54, questi particolari:

« In 15 ricerche sperimentali di coledocoplastica con trapianti liberi di segmenti arteriosi si trovarono in 7 casi erosioni mucose ed emorragie sottomucose dello stomaco o del duodeno. In un caso formazione d'ulcera nel duodeno mentre la parete gastrica rimase indenne. In 4 casi si trovarono ulceri nella parete duodenale, erosioni ed emorragie nella mucosa gastrica. Come seguito della stasi biliare si trovò per lo più un manifesto ittero 5-7 giorni circa dopo l'operazione. In 2 di 7 casi si trovò alla sezione il lume del coledoco interamente chiuso, in altri 3 esso era ristretto e il passaggio della bile impedito da aderenze del trapianto. Le ulceri trovate avevano la forma tipica dell'ulcera peptica rotonda ».

Del risultato di Cardia dirò che il cane, fin dai primi giorni dopo l'intervento aveva dato segno di coliche violente.

In base a questi rilievi mi domando: i nostri reperti non saranno forse legati ad azioni che si dipartono dalle vie biliari di deflusso più o invece che da quelle di riserva? Azioni determinate dal passaggio più o meno forzato del o dei corpi estranei, sia quale si vuole la natura, delle azioni medesime?

Ecco che in tal caso il calcolo unico (per lo più grosso) escluderebbe preventivamente l'azione efficace degli esperimenti miei e realizzerebbe invece le condizioni « più attinenti alle esperienze » di Pepper sucitato, che ebbe pure risultati negativi.

Desidero aggiungere anche un altro rilievo che ho potuto fare sul mio pur piccolo materiale d'esperimento, ed è questo: i reperti positivi si riscontrano soltanto a non lunga scadenza dall'esperimento: 22 giorni nel primo esperimento, 24 nell'ultimo; mi sfuggono gli estremi degli intermedi, ma furono di breve durata anch'essi: come se la formazione delle ulceri che ne seguirono, oltre che la suddetta azione più o meno stimolativa, od ostruente, sulla cistifellea o sui grossi dotti (non so) richiedesse in quest'azione anche il carattere della subitaneità e l'effetto precoce, e come se, passato il primo effetto, di essa, potesse seguire invece uno stato di adattamento degli organi interessati.

***

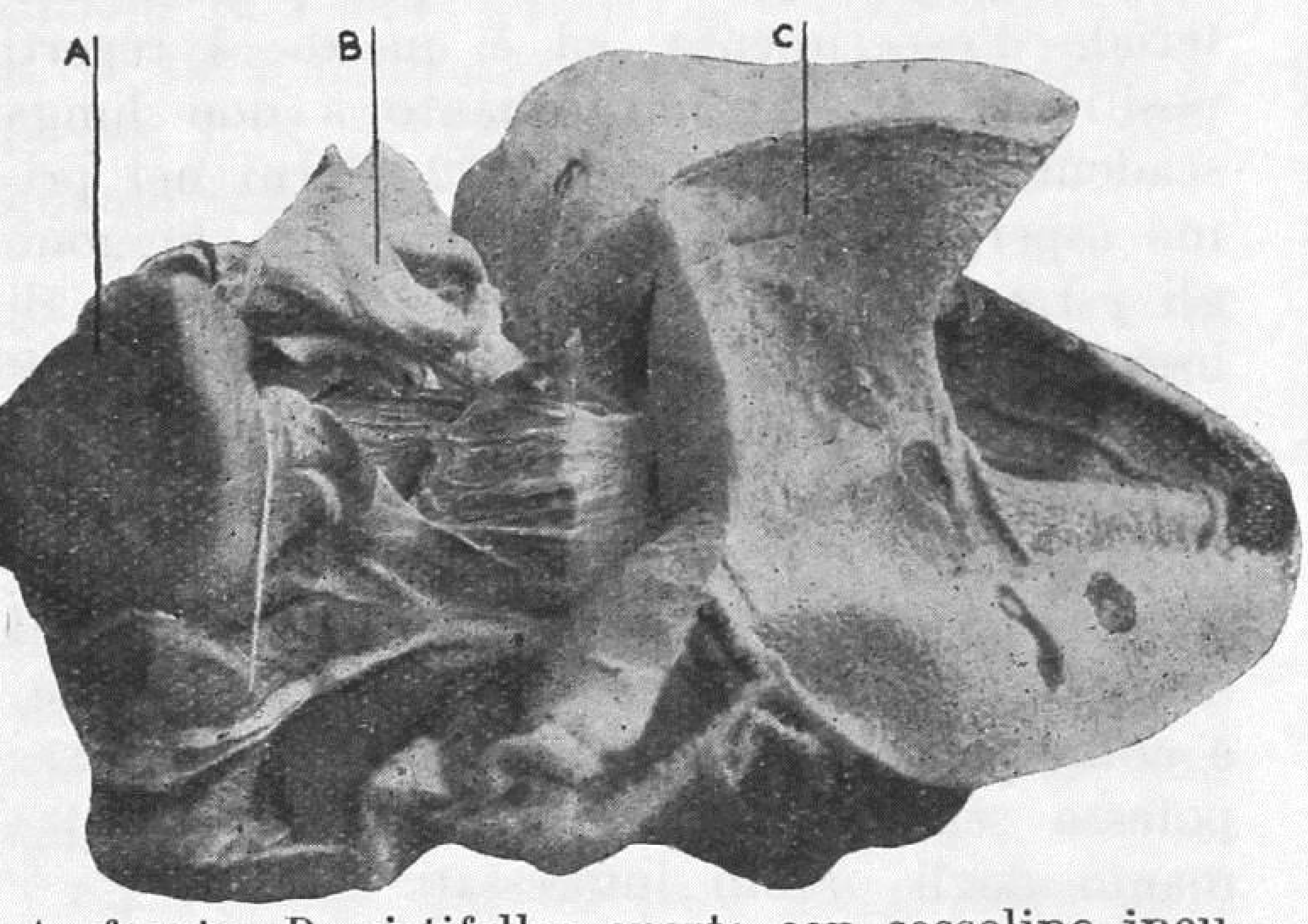
Tenuto conto delle considerazioni suesposte, io direi che la questione è, anche dopo la comunicazione di Rossi, allo stato di prima, e trovo rispondente a questo mio concetto il giudizio di Pepere espresso con le parole che riporto:

« In fondo la comunicazione del Collega Rossi suggerisce qualche utile ricerca sulla interessante questione che ci ha posta ».

Al prof. Pepere devo però aggiungere che egli ha ben ragione quando dice che:

« dispositivi sperimentali assai diversi provocano ulcerazioni gastriche e duodenali negli animali che non hanno niente in comune con l'ulcera cronica dell'uomo »,

ma che d'altra parte, con determinati dispositivi, si producono delle ulceri gastriche che non hanno proprio nulla di diverso da certe varietà di ulcera, che spesso si riscontrano nell'uomo: nel quale si sa pure che l'ulcera si presenta in varietà anatomiche molteplici, ben essendo sempre della stessa natura, cioè ulcera peptica. È diversa la forma morbosa, si capisce, e la sua evoluzione, essendo l'una il prodotto di condizioni che vengono stabilite all'improvviso da fuori (direi così) dell'organismo in cui insorge, ed essendo l'altra invece la conseguenza di condizioni che nell'organismo vengono formandosi attraverso modificazioni e adattamenti la cui insorgenza e il cui sviluppo ancora ci sfuggono. Ma l'alterazione anatomo-patologica in cui consiste l'una e in cui consiste l'altra, difficilmente si saprebbe interpretare in modo diverso. I miei primi reperti furono mostrati a un Congresso di Chirurgi, che non ebbero nulla da eccepire sull'entità morbosa; l'ultimo fu pure mostrato, come dissi, ad una commissione d'universitari, fra i quali un anatomo-patologo. Ed ora lo presento in fotografia alla Società, co-




A, fegato; B, cistifellea aperta con sassolino incuneato nel cistico; C, stomaco.

me complemento del contributo che l'occasione mi ha offerto di portare alle sue feconde discussioni.



# SUNTI E RASSEGNE

## NARCOSI CHIRURGICA.

### La narcosi endovenosa con l'evipan nella grande chirurgia.

(JENTZER, OLTRAMARE, PONCET. *La Presse Médicale*, 25 aprile 1934).

L'evipan, nuovo anestetico generale, è un sale sodico di un derivato dell'acido barbiturico. Anschütz dapprima l'usò nei piccoli interventi, Weese l'ha poi studiato dal punto di vista farmacologico e per primo ha dato la dimostrazione della rapida narcosi che si ottiene con esso mediante l'iniezione endovenosa. L'evipan ha un margine di narcosi ampio, giacchè la dose mortale è quattro volte maggiore della dose narcotica e Weese ha messo in evidenza con esperienze sugli animali che una narcosi rapida o di lunga durata non provoca fenomeni di accumulo e di intossicazione.

Gli AA. basandosi sugli studi sperimentali suddetti e sulle comunicazioni e osservazioni degli altri chirurgi che avevano già usato l'evipan, hanno creato un nuovo metodo di somministrazione endovenosa dell'evipan che, nella maggior parte dei casi, senza alcuna altra narcosi complementare, ha permesso loro di eseguire nella Clinica chirurgica di Ginevra grandi operazioni di lunga durata, fino a 3 ore (es. resezioni di stomaco).

Prima di illustrare il loro metodo e di riferire sui casi nei quali hanno usato l'evipan, gli AA. riassumono brevemente i dati clinici e le osservazioni pubblicate sull'azione e sul modo di somministrare l'evipan.

Gli AA. quindi riferiscono sui 72 casi di grandi operazioni delle 400 anestesie con l'evipan sodico eseguite in adulti o su fanciulli nella clinica chirurgica di Ginevra, e che comprendono operazioni sul capo (trapanazioni decompressive 2), sul collo (gozzo 1, m. di Basedow 3, diverticolo esofageo 1, ecc.), sull'apparato digerente (ptosi gastrica 1, resezione gastrica per ulcera e cancro 8, gastroenterostomie 9, resezioni intestinali 3, operazioni per appendiciti perforate con peritonite 3, occlusione intestinale 1, cancro del retto 1, ernie strozzate 2, colecistectomie 10, laparotomie 4), operazioni sul torace (cancro della mammella 5), sugli arti (osteosintesi 7, amputazioni e resezioni 3), sulle vie urinarie (nefrectomia 1, papillomi della vescica 2, prostatectomie 1), operazioni ginecologiche (isterectomia 1).

Dopo i primi tentativi, gli AA. hanno regolato la seguente tecnica, che molto si avvicina a quella di Friedmann, che essi non conoscevano: 1 ora prima dell'intervento l'operando riceve un'iniezione di 1 cc. di pantopon al 2%; al momento dell'operazione il p. viene portato in camera operatoria e posto sul tavolo operatorio con la testa leggermente sollevata e un

braccio mantenuto da un supporto in abduzione; quindi viene applicato un bracciale metallico provvisto di un ago attraverso cui si procede all'iniezione dell'evipan per mezzo di una siringa da 10 cc. a becco laterale contenente la sol. al 10 %.

Per quanto riguarda la dose da iniettare, essa dipenderà solamente dai fenomeni clinici osservati, ma sembra, secondo l'esperienza degli AA., che essa sia inversamente proporzionale all'età. Il punto capitale nell'anestesia con l'evipan-sodico è secondo gli AA. la lentezza dell'iniezione: tutti gli incidenti osservati sono imputabili a un'iniezione troppo rapida. I primi 2-3 cc. d'evipan, necessari per far cadere il p. in narcosi, devono essere iniettati lentamente, in media entro 3-7 minuti; gli altri cc. anche più rapidamente fino ad aversi la risoluzione muscolare che è ottenuta generalmente con 6-10 cc. di soluzione.

A questo punto si toglie la siringa lasciando in posto l'ago e a questo s'innesta il tubo di un apparecchio a goccia continua, contenente siero ipertonico glucosato, al doppio scopo 1° di mantenere permeabile l'ago e permettere nuove iniezioni di evipan attraverso il tubo di gomma durante l'operazione; 2° di soprasaturare la cellula epatica e rallentare così la dissociazione delle molecole dell'evipan, prolungando in questa maniera la durata della sua azione.

In tal modo, al minimo accenno di risveglio del p., si può facilmente riniettare da 1-2 cc. d'evipan per riavere una narcosi completa. In media, basta fare ogni 20' queste nuove iniezioni di 1-2 cc. per prolungare la narcosi durante parecchie ore. Così facendo gli AA. hanno potuto ottenere narcosi di 3 ore, impiegando fino a 27 cc. di evipan.

Non vi è però alcun rapporto tra la dose dell'evipan iniettato e la durata dell'intervento: in alcuni casi bastano 10 cc. per un'operazione di 1 ora e più, in altri sono necessari 22 cc. per una narcosi di meno di un'ora.

Nella narcosi con l'evipan i riflessi pupillari, corneali e congiuntivali non hanno alcuna importanza; si può avere un silenzio addominale completo con un riflesso corneale presente, la pupilla, può essere tanto midriatica che micotica. Ha maggiore importanza invece, quando esiste, la caduta della mandibola. Insomma il narcotizzatore per giudicare lo stato della narcosi deve basarsi sul polso, sulla respirazione e sullo stato generale del p.

Gli AA. dalla loro esperienza ritengono in conclusione che la narcosi con l'evipan è utilizzabile nella maggior parte dei grandi interventi e la raccomandano specialmente nei basedowiani perchè, fatta l'iniezione a letto, è evitato in questi p. qualsiasi emozione. Solo negli interventi della regione ano-perineale non è efficace perchè non si ha una risoluzione muscolare completa, l'anestesia non è profonda e gli ammalati presentano un tremore clonico degli arti inferiori che può disturbare l'operatore.

Infine gli AA. notano come il momento del risveglio sia variabile (da una mezz'ora a 12 ore dopo l'operazione); in qualche caso si accompagna a stati di agitazione per cui è necessario praticare qualche iniezione di pantopon.

Concludendo, i vantaggi dell'evipan sulle altre narcosi, possono riassumersi, secondo gli AA., in:

1) assenza completa d'agitazione all'inizio della narcosi.

Il paziente s'addormenta in maniera fisiologica senza l'apprensione dell'etere, della maschera, del senso di soffocazione.

2) abolizione della cefalea, stato di nausea meno intenso che con l'etere, rarità del vomito.

3) soppressione della maschera, e possibilità quindi di operare senza difficoltà sulla faccia e sulla cavità boccale. G. GENTILE.

## La narcosi avertinica in chirurgia infantile.

(L. VEICSTEIN. *Archivio di Chirurgia infantile*, gennaio 1934).

La narcosi avertinica è entrata un po' tardi nella pratica pediatrica a causa di gravi inconvenienti riscontrati al principio, che però non si sono più ripetuti dopo che la tecnica è stata migliorata con l'uso della Avertina liquida e col saggiare la tollerabilità dei soggetti.

Gossmann, in base a 500 osservazioni, ritiene controindicata la narcosi avertinica nei bambini in gravi condizioni, con cuore poco valido, con lesioni renali, epatiche, ittero, con stenosi laringea e raccomanda in ogni caso una accurata sorveglianza durante il sonno. Egli insiste sui vantaggi di questo metodo di narcosi che sono essenzialmente: la eliminazione del trauma psichico all'inizio della narcosi; il sonno ristoratore dopo l'intervento; l'assenza dei soliti disturbi post-operativi e la possibilità di alimentare subito il piccolo paziente; la comodità per le operazioni sulla cavità orale.

Monod, con la maggior parte degli sperimentatori, ritiene pericoloso l'uso delle alte dosi somministrate onde ottenere la narcosi completa e consiglia di ricorrere ad altri ipnotici per completare l'anestesia.

Sievers ha una esperienza di ben duemila casi: egli è fautore della narcosi completa ed al fine di stabilire l'attitudine specifica dei malati al farmaco, eseguisce la « prova di risveglio » che consiste nello studio del modo di reagire del bambino addormentato, allo stimodo di un getto di cloruro di etile sulla regione temporale.

A seconda della reazione, somministra ulteriore dose di Avertina o meno.

Il nostro A. riferisce i risultati da lui ottenuti con lo studio di trecentocinquanta casi. Non ha mai fatto uso di prenarcotici o di anestetici locali.

La sera precedente l'atto operativo ha praticato un abbondante clistere evacuativo; ha introdotto lentamente nel retto la soluzione di Avertina liquilà al 2 ½ % in acqua distillata a 37°, preparata pochi minuti prima. Ha cominciato con piccole dosi, che ha poi gradatamente aumentato, via via che si rendeva conto della tollerabilità del preparato, fino a giungere a gr. 0,16 per kg. di peso. Dopo l'operazione ha estratto il residuo del clistere mediante sonda rettale .

Una solta volta ha ottenuto una narcosi completa con 0,16 per kg. di peso: ma la narcosi fu troppo profonda e vi fu pallore e depressione del respiro. In 75 casi l'anestesia fu appena sufficiente a portare a termnie atti operativi di modica entità e di breve durata: sempre vi fu reazione in modo più o meno energico, agli stimoli dolorifici. In tutti i rimanenti casi l'Avertina risultò insufficente da sola e si dovette ricorrere alla narcosi eterea. Però la quantità di etere occorsa fu molto limitata ed in proporzione inversa alla dose di Avertina somministrata.

L'A. non ha osservato nessun caso di morte e neppure di cianosi o dispnea o apnea, durante o dopo l'intervento.

Le anormalità da lui riscontrate sono state lievi e rare e sono consistite in: macchie rosse sul corpo, ponfi e vescicole; irrequietezza dopo il risveglio in soli tre casi; acetone nelle orine, ecc.

Riguardo al dosaggio del farmaco l'A. è del parere che il criterio basato sul peso corporeo è il più pratico da seguire. In ogni caso ritiene pericoloso cercare di ottenere con la Avertina una narcosi completa, mentre la si deve usare esclusivamente come narcotico base.

Ma anche con questo valore, l'Avertina resta un narcotico di grande utilità nella pratica pediatrica, perchè, se somministrata con tecnica precisa, è perfettamente innocua e capace di dare risultati veramente brillanti con il sussidio di piccole quantità di etere o con quello della anestesia locale da adoperarsi nei casi di affezioni respiratorie o nei soggetti ad esse predisposti.

VICENTINI.

## SECREZIONI INTERNE.

### "Piccola pubertà „ del Pende e "neutrale Kindheit „ di Stratz.

(TESUELDA TAMBURRI. *La Riforma Medica*, 14 aprile 1934).

L'A. riprende in esame le misure biometriche (già pubblicate) dei bambini liguri per illustrare le differenze somatiche dei due sessi messe in evidenza dal Pende, secondo il quale si deve sopprimere il termine adoperato dallo Stratz « neutrale Kindheit » (infanzia neutrale) col quale indica l'età dai 2 ai 7 anni.

Mentre secondo lo Stratz lo sviluppo ponderale e staturale in questo periodo della vita è uguale nei due sessi, secondo la Tamburri e altri nel periodo dal 4° al 6° anno esso supera nelle femmine quello dei maschi. Secondo Pende dipende dal fatto che in quel periodo, che egli chiama piccola pubertà, c'è un'*iperattività ormonica* che prepara la grande pubertà.

Una differenza nello sviluppo scheletrico fra maschi e femmine fu notato alla stessa età con esame radiologico da Rochlim.

Anche Helmerich ha osservato uno sviluppo diverso fra laringe del maschio e della femmina verso i tre anni e Pryor ha notato che i nuclei di ossificazione nei feti femminili compaiono più presto. E più presto, 3-4 anni, prima che nei maschi scompare la linea epifisaria nelle ossa lunghe delle femmine. Inoltre nei maschi domina il diametro di lunghezza dei crani, nelle femmine quello di larghezza.

La Tamburri ha notato che l'altezza del cranio è sempre eccedente nei maschi rispetto alle femmine (per la maggiore iperfunzione nei maschi dell'ipofisi, secondo Pende), il diametro naso-occipitale è nei maschi sempre fortemente eccedente, l'indice cefalico è sempre superiore nelle femmine.

Le oscillazioni del peso e della statura sono nelle femmine in crescenza più accentuate pel sistema endocrino neurovegetativo più labile.

L'A. conferma anche i dati di Del Duca secondo il quale nella piccola pubertà ci sono due fasi in cui il dispendio di energia è maggiore: all'inizio (4° anno) per partecipazione del sistema di relazione e alla fine (7° anno) per partecipazione del sistema vegetativo. Fino ai 7 anni si ha specialmente allungamento degli arti, mentre ai 7 anni è il tronco che si allunga.

Il diametro del bacino aumenta ai 4 anni nei maschi, a 3 anni nelle femmine e questo è un dato di più contro l'« infanzia neutrale ». Nelle femmine poi a 10 anni c'è un ulteriore aumento del diametro del bacino, aumento che non si ha nei maschi. A 10 anni si ha anche nelle femmine aumento della ghiandola mammaria e inizio degli altri caratteri sessuali secondari.

L'aumento dei poteri anabolici nelle femmine a 10 anni è tale che il peso aumenta di 4 kg. e 1/2, mentre per la statura essa è, a quest'età, uguale nei due sessi.

Il Pende ha indicato una formula costante per giudicare se c'è proporzione fra peso e altezza nei bambini e in questa formula non c'è un'eguaglianza fra i due sessi nemmeno ai 4-5 anni di età.

Nella piccola pubertà si manifestano anche le caratteristiche psichiche di ogni individuo e bisogna riguardare il bambino in questo periodo come un piccolo adolescente.

Su questi concetti dev'essere orientata l'azione dei maestri e dei genitori.

R. LUSENA.

## Iperinsulinemia secondaria a un adenoma del pancreas.

(Lloyd J. Ross e John M. Tomasch. *Archives of Surgery*, febbraio 1934).

Gli AA. riferiscono su di un caso venuto alla loro osservazione al « Cleveland City Hospital ». Si tratta di un uomo di 33 anni, che era stato fermato dalla polizia come ubriaco; egli era caduto battendo la testa sul ciglio della strada e aveva riportato una contusione sopra l'occhio destro e la perdita della coscienza. Poichè non aveva ripreso i sensi, trascorsa la notte, fu inviato all'ospedale.

*All'esame obbiettivo risultò*: stato stuporoso, contusione al disopra dell'occhio destro con un piccolo ematoma, ma nessuna ferita del cuoio capelluto. Nessuna evidenza di emorragia degli orifici cranici. Le pupille moderatamente dilatate e leggermente inuguali, la destra essendo più grande della sinistra. Torpida la reazione alla luce e all'accomodazione. Normali i campi visivi. Nessuna rigidità nucale. Cuore e polmoni normali. Pressione sanguigna sistolica 112 e diastolica 52. Nulla all'addome, ai genitali e al retto. I riflessi normali, tranne la presenza del Babinski.

*Dati di laboratorio*: al giorno dell'ammissione le urine erano normali. Emoglobina 100 %, leucociti 16.000. Temperatura 37°2'C, polso 80, respiro 20. La puntura lombare dette un liquido chiaro alla pressione di 2 mm. di mercurio, che conteneva 2 cellule. Negativa la prova di Pandy.

Persistendo lo stato di stupore si fece diagnosi di alcoolismo con edema cerebrale (?) e frattura del cranio.

Allo scopo di combattere l'edema cerebrale si somministrò endovena una soluzione ipertonica di destrosio; immediatamente il paziente si riebbe dallo stato stuporoso, si alzò in piedi e sembrò del tutto normale. Alle domande egli potè escludere di aver sofferto altre volte simili attacchi; nè esisteva una storia di diabete o di uso di insulina.

Al mattino seguente il paziente era di nuovo in coma.

L'esame del sangue dette una glicemia di 0,23 %, azotemia 0,32 %, creatinina 0,019 % e un potere di combinazione dell'anidride carbonica di 60. Si somministrò di nuovo destrosio endovena con lo stesso risultato efficace e immediato. Si fece una diagnosi di sospetto: iperinsulinemia, con ipoglicemia, secondaria a un tumore delle isole di Langherans.

Durante ogni caduta in coma si constatò la presenza del riflesso di Babinski, che, secondo Hart e Bond, è un segno diagnostico differenziale tra il coma diabetico (dove manca questo segno) e lo shock insulinico.

Si praticò uno studio dell'apparato gastrointestinale allo scopo di mettere in evidenza un tumore del pancreas. L'esame radiologico non dimostrò alcuna lesione a carico di quest'apparato e nessuno spostamento di esso per una tumefazione esterna.

Fu eliminata una disfunzione ipofisaria come causa di ipoglicemia, con la dimostrazione radiologica di una sella turcica normale e l'assenza di ogni segno clinico di distrofia pituitaria.

I radiogrammi del cranio non mostrarono alcun segno di frattura.

Sembrò allora ragionevole di stabilire che la sintomatologia di quest'uomo era dovuta a una persistente iperinsulinemia. Perciò si consigliò una esplorazione laparotomica.

Come preparazione all'atto operativo si somministrarono 1500 cc. di una soluzione al 5 % di destrosio sottocute e 100 cc. di una soluzione al 50 % di destrosio endovena.

*Operazione e decorso postoperatorio*. Si opera in anestesia spinale. Esposto il pancreas si scopre una struttura come una cisti, di piccola grandezza (2 cm. di diametro), di colore rossastro, che si impianta sulla superficie anteriore del pancreas; per il resto quest'organo appare normale all'ispezione e palpazione e non si apprezzano metastasi negli organi vicini. Si asporta questo nodulo cistico. Il paziente sopporta bene tutto l'atto operativo. L'esame del sangue eseguito subito dopo l'operazione dà una glicemia di 0,99 %. Si somministrano per l'ultima volta altri 25 gr. di destrosio tndovena.

Durante la prima settimana dopo l'intervento i valori glicemici vanno da 151 % nel primo giorno, a 99 % nel settimo giorno. In seguito le determinazioni glicemiche furono eseguite tre volte la settimana e dettero valori da 76 a 144 %. Le prove della tolleranza al destrosio furono soddisfacenti. Il paziente fu dimesso quaranta giorni dopo l'intervento. A distanza di dieci mesi le sue condizioni sono buone, nessuna ricaduta.

All'*esame istologico* il pezzo asportato risultò formato da tessuto pancreatico acinoso e da isole di Langherans. R. Martone.

## Ricerche sperimentali sull'ormone gonadotropo nell'epitelioma del collo dell'utero.

(Cornil ed Escarras. *R. Soc. Biol.*, t. CXV, n. 6, p. 605).

Gli AA. in 25 casi di epiteliomi dell'utero hanno eseguito con le urine la prova di Zondek, modificata secondo la tecnica di Friedmann-Brouha.

In 13 casi riuscì positiva; di essi 10 ammalate avevano epiteliomi del tipo basocellulare o intermediario a predominanza basocellulare.

In 7 ammalate si ebbero risultati dubbii; in 4 di esse si trattava di epitelioma intermediario a predominanza spinocellulare.

Cinque volte la prova fu negativa ed in 4 casi si riconobbero epiteliomi spinocellulari tipici o intermediarii a predominanza spinocellulare.

Le quantità di urine impiegate furono al minimo di 8 cm³. e massimo di 23 cm.³. La dose ottima è di 15 cm.³ somministrata con iniezioni ripetute, verificando la prova di 48 h.

Le prove di controllo furono praticate con 10 casi di epitelioma extragenitali (2 uomini e 8 donne). In un sol caso di cancro del retto la prova riuscì dubbia; in tutti gli altri casi non si ebbe la reazione. JURA.

### Cura della ipertireosi con la dijodotirossina.

(A. BURESCH. *Münch. Med. Woch.*, 2 marzo 1934).

L'A. riferisce i risultati ottenuti curando un certo numero di malati in stato di ipertiroidismo, con la dijodotirossina.

I fondamenti teorici di questa cura sono stati gettati da Abelin e dagli altri AA. che hanno riconosciuto l'esistenza — accanto alla tirossina — di un altro principio attivo tiroideo, la dijodotirossina, capace di esercitare un'azione del tutto opposta a quella del primo.

Su questo principio, ispirato a quel concetto della dualità o pluralità ormonica che domina oggi il campo della endocrinologia [*N. d. Redat.*], è basata l'interpretazione patogenetica degli stati di ipertireosi (prevalenza della tirossina sulla dijodotirossina) e il corollario terapeutico che assume quindi il significato di una cura di compenso, destinata a ristabilire il turbato equilibrio tra le due sostanze.

I risultati ottenuti dalla Buresch sono stati molto soddisfacenti; più resistenti sono apparsi quei casi in cui l'ipertireosi si associava alla menopausa e, probabilmente, ne dipendeva.

In questi casi, l'A. ha usato insieme con la dijodotirossina (Roce) la follicolina.

V. SERRA.

### Trattamento della tetania poststrumectomica mediante trapianti di osso bollito secondo Oppel.

(M. LEWINE. *Lyon. Chirurg.*, n. 2, 1934).

L'A. ricorda come tale complicazione a seguito della strumectomia è molto grave ma per fortuna molto rara secondo alcuni AA.: dai Mayo è stata osservata 1 volta su 3203 strumectomie, mentre Charbonnel l'ha osservata nel 3-5 % dei casi.

A parte la tecnica, si spiega con la grande variabilità di numero e di sede delle paratiroidi, che possono ridursi ad 1 sola ghiandola o essere situate d'un sol lato.

La sindrome spasmofilica si sa che coincide con ipocalcemia. Oppel ha proposto per prevenire queste turbe il trapianto di pezzi di osso bollito prima in soda e poi in soluzione fisiologica. Questo deposito di calcio così formatosi libera il Ca da 5 a 7 giorni dopo del trapianto e continua ad elevare il tasso del Ca per vari mesi, essendo lento il riassorbimento dell'osso.

Il Lewine, avendo osservato grave tetania dopo asportazione estracapsulare parziale della tiroide per voluminoso struma colloideo, pratica trapianto, nel sottocutaneo, di un pezzo d'osso di bue bollito di 6 cm. di lunghezza e 3 di larghezza ed iniez. di Ca per i primi sei giorni; i segni spasmofilici scompaiono ed esaminato 11 mesi dopo il paz. sta bene.

L'A. raccomanda in simili circostanze il metodo, concludendo con Oppel che il semplice trapianto di osso eterogeneo sterile sopprime un complesso sintomatico grave.

R. GRASSO.

## ALLERGOSI.

### L'eosinofilia negli stati allergici.

(KNOTT e BRUCE PEARSON. *Guy's Hospital Reports*, aprile 1934).

Per quanto la frequente associazione fra condizioni allergiche ed un aumento del numero dei leucociti eosinofili nel sangue e nei tessuti sia già da lungo tempo stata notata, vi è ancora grave incertezza riguardo alla funzione ed al significato patologico di queste cellule ed al valore diagnostico delle osservazioni fatte su di esse.

Nel 1912 Schlect e Schwenker stabilirono la possibilità di provocare eosinofilia locale nei tessuti mediante iniezione di proteina in un animale previamente sensibilizzato. Numerose ricerche seguenti hanno dimostrato che nella maggior parte delle lesioni a tipo decisamente allergico, vi è notevole tendenza ad un afflusso locale di leucociti eosinofili. Biggart ha constatato che questa eosinofilia locale dei tessuti è dovuta alla migrazione delle cellule eosinofile dal sangue circolante e non a cellule formatesi *in situ*. Grant e Wood d'altra parte videro che il maggiore afflusso locale di eosinofili si ottiene mediante iniezione di istamina.

Gli AA. hanno voluto vedere se era possibile su queste basi sviluppare un metodo clinico il quale servisse a stabilire se un paziente è o meno, allergico mediante l'esame del liquido e del sangue che si ottiene pungendo una bolla da istamina.

Le conclusioni a cui giungono gli AA. basandosi sullo studio di un discreto numero di casi, sono le seguenti: la concentrazione eosinofila è raddoppiata nelle bolle prodotte mediante l'iniezione di proteine appropriate in soggetti sensibilizzati ad esse, mentre l'iniezione di proteine verso le quali i soggetti non erano sensibilizzati non provoca nessuna concentrazione di eosinofili.

Nella sede della iniezione di istamina si ritrova concentrazione di eosinofili sia nei pazienti sensibilizzati che in quelli non sensibilizzati, ed in numero proporzionale al numero di cellule eosinofile o neutrofile nel sangue circolante. L'eosinofilia da istamina confrontata con quella di soggetti non sensibilizzati si mostra quasi del doppio; l'aumento, nei soggetti sensibilizzati, è maggiore, di quesi tre volte.

I risultati di queste ricerche fanno pensare agli AA. che il grado della concentrazione eosinofila dipenda dal tipo di reazione cutanea.

La prova dell'iniezione di istamina può servire al riconoscimento di quegli individui che sono affetti dalla cosidetta allergia *latente*. Per quanto la nozione eosinofila da istamina si sia avuta anche in qualche soggetto di controllo normale, pure, nei soggetti in stato di allergia, essa è sempre molto più marcata e può servire a scopo diagnostico. G. La Cava.

## Sull'origine dell'urticaria.

(E. Uhlmann. *Med. Klinik*, 20, 1934).

L'A. fa un elenco delle varie sostanze (cibi, medicamenti, tossine patogene ecc.) capaci di risvegliare una eruzione urticarioide della cute; l'elenco non è breve giacchè vi sono comprese le malattie dell'apparato digerente (sopratutto parassitarie), del fegato e dei reni: molti alimenti, come le conserve, i gamberi, il pesce, i molluschi, le fragole, gli asparagi ecc.; le infezioni focali, a sede sinusale; le modificazioni cicliche dell'apparato genitale femminile; le influenze fisiche (lue), chimiche (sostanze tossiche di uso per la cute) e medicamentose.

È probabile che tutti questi fattori non agiscano allo stesso modo: anzitutto vi sono quelli che sempre provocano l'urticaria e quelli che la provocano solo quando incontrano una cute sensibilizzata; in secondo luogo vi sono quelli che agiscono localmente e quelli che giungono alla cute attraverso il circolo sanguigno.

L'aspetto macroscopico dell'urticaria è noto; quello microscopico si caratterizza per dilatazione dei capillari, essudazione sierosa ed accumulo leucocitario perivasale.

Già 50 anni fa, Eulenburg e Landris avevano parlato di modificazioni del tono vasale; poi Unna ha ripreso questo concetto sostenendo la teoria di uno spasmo iniziale dei vasi, seguìto da una dilatazione di compenso: ma il quadro capillaroscopico della dilatazione vasale e il colorito non cianotico delle papule dimostrano che non può trattarsi di spasmo.

Wirz ha ritenuto trattarsi di un'affinità locale dei tessuti per la ritenzione idrica; infine Philippson e Török, recentemente, hanno ammesso l'esistenza di turbe locali del tono dei vasi, per l'azione diretta di sostanze capaci di influenzare la parete vasale.

Sia che i fattori urticariogeni giungano dall'esterno o dal grande circolo, la loro azione si esplica ugualmente sulla rete di vasi superficiali; contemporaneamente è probabile che questi fattori mettano in libertà delle sostanze capaci di procurare una iperemia ed una essudazione (1). [Punto per punto quello che Sir Thomas Lewis sostiene da anni per l'interpretazione del pomfo istaminico e dell'area di iperemia attiva che lo circonda. *N. d. R.*].

Le ricerche di Marchionni e Ottensteim, infine, fanno ritenere che tutti i fattori urticariogeni debbano la loro comune azione sui capillari a modificazioni indotte nell'equilibrio acido-basico della cute, nel senso di un'acidosi che ha — come è noto — azione vasodilatatrice (Eppinger).

V. Serra.

# MISCELLANEA.

## Pleurodinia epidemica.

(N. L. Crone e E. M. Chapman. *The New Engl. Journ. of Medicin*, 16 novembre 1933).

Gli AA. riferiscono su trenta casi di una sindrome poco comune caratterizzata da inizio brusco in soggetti giovani, con febbre alta ed intenso dolore alla regione inferiore del torace o all'addome: una simile malattia che ha carattere epidemico, è già stata descritta da Dabney nel 1888 sotto il nome di *Devil's grip* negli stati della Virginia ed ha fatto poi la sua apparizione saltuariamente: nelle estati del '23 e '24 apparve negli stati medio atlantici e fu da Torrey e Hangar denominata « pleurodinia epidemica ».

Gli AA. richiamano l'attenzione sulle caratteristiche della sindrome affinchè sia più facilmente riconosciuta e possibilmente determinato il fattore etiologico e il modo di trasmissione che sono finora ignoti. Small ha descritto un plasmodio che egli crede sia l'agente causale, ma ogni conferma è mancata.

Tutti i trenta casi osservati dagli AA. si sono verificati nel Massachusetts e vennero ricoverati nell'ospedale di Boston; la maggior parte dei colpiti era di età fra 10 e 25 anni: ciascun sesso era egualmente affetto. Per quanto l'etiologia ed il periodo d'incubazione siano sconosciuti, è interessante ricordare che in una famiglia si ebbe un intervallo di tre settimane fra l'apparizione dei sintomi in un fratello ed in una sorella. Sintomo principale è il dolore, a sede per lo più nelle regioni inferiori del torace, più spesso a destra: se il dolore è a

(1) Mentre l'area iperemica che circonda la papula nasce probabilmente per un riflesso nervoso immediatamente periferico.

carico dell'addome si presenta per lo più al quadrante superiore destro: tale dolore può migrare da una regione all'altra ed infine localizzarsi.

In tre casi il dolore addominale destro corrispondeva ad un dolore alla spalla dello stesso lato. Cefalea e febbre accompagnano il quadro doloroso. La febbre può essere irregolare, sparire in 2 ore e poi ritornare dopo 24 a 48 ore.

L'esame obiettivo ha dimostrato in molti casi lesioni maculopapulari discrete, attribuite a punture di moscerini. Il faringe era normale: al torace spiccata dolorabilità in corrispondenza delle inserzioni diaframmatiche lungo il margine costale. Segni pleurici (sfregamenti) furono riscontrati solo in due casi ed erano molto lievi.

In molti dei casi la tipica dolorabilità dei quadranti superiore dell'addome e lo spasmo del muscolo retto rendeva difficile la diagnosi differenziale con un « addome acuto ».

Gli esami di laboratorio mostrarono in ogni caso urine normali e leucocitosi normale meno che in tre casi in cui si aveva aumento di esse: l'eosinofilia descritta da Small negli adolescenti non è stata riscontrata in 12 pazienti esaminati durante tale periodo. Globuli rossi e piastrine normali per numero e per forma: negativa la ricerca di plasmodi e di spirochete.

L'iniezione endovenosa, in un volontario, di 10 cc. di sangue totale da un paziente nel quarto giorno di malattia non diede luogo ad alcuna malattia manifesta. L'esame radiologico del torace non mostrò alcuna alterazione: il gioco del diaframma era normale. L'emocultura, la reazione di Hinton e la Widal, l'agglutinazione con anticorpi eterofili durante il periodo febbrile in sei casi, diedero risultato negativo.

La diagnosi è il più delle volte fatta sulla storia di un inizio improvviso con febbre alta e forte dolore addominale o toracico in un soggetto giovane che non presenta segni fisici relativi a malattie del sistema cardio-respiratorio, gastro-intestinale o genito-urinario.

La più grande difficoltà s'incontra nel decidere se il paziente è affetto o no da una malattia addominale acuta di natura chirurgica. Due laparatomie esplorative furono fatte con diagnosi di appendicite e furono asportate due appendici normali; in un terzo caso fu fatta diagnosi di ulcera duodenale perforata, ma l'esplorazione dimostrò un addome normale.

Pleurite secca si ebbe in due casi tardivamente: una poliomielite allo stato preparalitico fu sospettata in due casi. Ambedue questi pazienti avevano dolore addominale, febbre, cefalea e lieve rigidità della nuca. Le indicazioni per la cura sono: isolamento del paziente e combattere il dolore: in tutti i casi si ha la guarigione: si possono avere recidive che non aggravano però in alcun modo la condizione morbosa.

G. LA CAVA.

## La sieroterapia della peritonite e le sue basi scientifiche.

(GUNDEL e SÜSSBRICH. *Zbl. f. Chir.*, giugno 1934).

Da ricerche istologiche e culturali praticate su molti casi gli AA. ritengono che l'enterococco e lo streptococco emolitico hanno una grande importanza nell'etiologia dell'appendicite, contrariamente all'opinione di molti altri AA. che ritengono il b. coli e gli anaerobi come gli agenti più importanti. Invece nell'ascesso e nella peritonite da appendicite prendono il sopravvento il b. coli e gli anaerobi. Mentre per la cura dell'appendicite acuta il metodo di scelta è l'intervento chirurgico, per la cura dell'ascesso appendicitico e della peritonite post-appendicitica si è dimostrata di gran valore la sieroterapia specifica come mezzo ausiliare. Infatti in questi casi la gravità del quadro morboso, che molte volte non viene modificato dall'intervento, richiede l'impiego di tutti quei mezzi ausiliari capaci di combattere il processo locale e il pericolo d'infezione generale.

Questi effetti possono essere esplicati dalla sieroterapia a condizione che sia specifica e cioè, nei casi in ispecie, occorre un siero attivo contro il b. coli, gli anaerobi e l'enterococco. Questo siero non è stato finora preparato e i fautori della sieroterapia hanno adoperato sieri anti-coli o anti-anaerobi con risultati relativamente favorevoli.

Un siero polivalente nel senso indicato dagli AA. avrebbe il più largo campo di applicazione.

Anche in altri tipi di peritonite, come in quelle da perforazione di una ulcera gastrica o da rottura di un empiema della cistifellea, nei quali la flora microbica è in linea di massima identica a quella della peritonite da appendicite. Nelle forme colecistitiche primeggia l'enterococco che spesso si trova in cultura pura: gli AA. ne hanno osservato 8 casi in poco tempo. Si capisce che in questi casi un siero anti-coli o un siero polivalente anti-anaerobi sarebbero completamente inefficaci. A riprova di ciò riportano 3 casi di peritonite da enterococco (in cultura pura) di cui 1, curato casualmente con siero contro l'enterococco, con esito in guarigione, e 2, curati con siero anti-coli ed anti-anaerobi, con esito mortale.

Nella Clinica di Heidelberg sono stati studiati 4 tipi diversi di siero di cui il 1° attivo contro il b. coli, gli anaerobi e l'enterococco; il 2° attivo contro il b. coli e l'enterococco; il 3° contro il solo b. coli e il 4° contro il solo enterococco. Da queste ricerche è scaturita la importanza della quota degli enterococchi nella preparazione di un siero polivalente per la cura delle peritoniti e la necessità di un accurato studio batteriologico in ogni singolo caso.

Gli AA. riportano i risultati dei casi di peritonite curati nella Clinica di Heidelberg con siero polivalente antitossico, attivo contro il b. coli e gli anaerobi. Su 170 casi solo 18 morirono (10,5 %) ma in 5 di questi la morte fu dovuta a complicanze cardiache e broncopolmonari. La quantità complessiva di siero somministrato variava da 40 a 60 cmc. e solo in 2 casi raggiunse 180-220 cmc. La via di somministrazione era la locale — 20 cmc. nel cavo peritoneale — attraverso un drenaggio di gomma che veniva tenuto chiuso per 6-8 ore dopo l'intervento — e l'endovenosa, 20 cmc. diluiti in 1000 cmc. di soluzione glucosata al 5 % con aggiunta di 2 cmc. di esetone. L'iniezione endovenosa può essere ripetuta nei giorni successivi se il decorso della malattia lo richiede.

Gli AA. non hanno osservato mai incidenti di tipo anafilattico a scongiurare i quali basta somministrare la prima dose di siero, immediatamente alla fine dell'intervento mentre il paziente è ancora in narcosi. In qualche caso di dosi massive hanno notato un esantema lieve e fugace. Contro questi fatti serici agiscono bene il calcio e l'efetonina.

G. PACETTO.

### La pellagra in Inghilterra.

(H. S. STANNUS e C. R. GIBSON. *The Quarterly Journ. of Medec.*, aprile 1934).

La pellagra è rara in Inghilterra. Il primo caso mortale è quello descritto dal Box nel 1912; a questo seguirono parecchi altri negli anni successivi.

Gli AA. descrivono ora un caso, che è l'unico in Inghilterra che sia stato seguito da guarigione. Riguarda una bambina che cominciò a soffrire dei primi segni di pellagra all'età di quasi 4 anni, quando ebbe una manifestazione cutanea durata vari mesi, diagnosticata per ustione da sole a accompagnata da vomito e dolori addominali. Nell'inverno successivo queste manifestazioni scomparvero per ripresentarsi nell'estate successiva. Di nuovo poi inverno buono e altra ricaduta d'estate.

All'età di 7 anni, nel mese di marzo, queste stesse manifestazioni ricomparvero. La bambina, di intelligenza pronta, aveva però paura di andare a scuola, perchè temeva la diarrea. In questo periodo presentava manifestazioni cutanee che furono ritenute pellagrose.

La bambina non riusciva più a camminare ed era apatica pur rispondendo con prontezza alle domande.

Fu iniziata cura con olio di fegato di merluzzo, lievito e estratti epatici.

L'ammalata fu seguita per due anni consecutivi e guarì.

L'A. fa una rapida rassegna della diffusione della pellagra in tutto il mondo e riassume tutti i casi (poco più di 70) osservati in Inghilterra dal 1860 ad oggi.

R. LUSENA.

## NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

J. PAL. *Die Tonuskrankheiten des Herzens und der Gefässe. - Ihre Biologie und Therapie.* Vol. in-8°, di pag. VIII, 228, con 20 fig. Edit. Springer, Vienna, 1934. Prezzo R. M. 18.

L'A. è ben noto per i suoi studi sull'argomento: da anni le sue ricerche sul problema del tono, in particolare degli organi cavi, lo hanno portato all'argomento delle « malattie del tono ». Questo volume, accanto a uno sguardo generale, contiene solo una parte di quelle e cioè le malattie del tono degli organi della circolazione: limitazione peraltro che, naturalmente, non toglie pregio a quest'opera, dato il valore e la competenza di chi scrive e l'interesse dell'argomento. Interesse che negli ultimi anni è andato sempre crescendo, anche nelle Scuole italiane.

Precede, come si è detto, una breve parte generale sulla biologia generale del tono (con una appendice sulle alterazioni del tono dei muscoli volontari) e sulla terapia generale delle malattie del tono degli organi cavi.

La parte speciale, dopo alcuni cenni generali, traccia anzitutto una classificazione delle malattie del tono, che può basarsi su diversi punti di vista, e dà ragione di quella adottata.

Un secondo capitolo poi considera la biologia normale e patologica sia del cuore sia dei vasi. Questi ultimi sono studiati sia nella grande circolazione, distinguendo in questa le arterie, le vene, i capillari e i vasi linfatici, sia nella piccola circolazione. Seguono in appendice alcune importanti considerazioni sull'edema.

Entrando poi nel vivo dell'argomento, dopo alcune considerazioni di etiologia e patogenesi, sono studiate, coerentemente alla classificazione proposta, due grandi sindromi: l'ipertonia e l'ipotonia. Nell'ipertonia, dopo aver esaminato in un interessante paragrafo i rapporti tra ipertonia e ipertensione viene distinta l'ipertonia acuta delle arterie e l'ipertonia permanente. La prima costituisce il campo su cui l'A. ha più lavorato e a cui forse deve principalmente il suo nome, come è ben noto; vi rientrano le crisi vasali spastiche generali e poi quelle regionali: addominali e renali, toraciche (*angina pectoris* e asma cardiaco), cerebrali, delle estremità e infine di alcuni particolari distretti circolatori. Solo per questo capitolo varrebbe la pena di leggere e studiare il libro del Pal.

L'ipertonia permanente è a sua volta studiata nella forma limitata alle arterie (ereditaria e acquisita) e come ipertonia generale dell'apparato circolatorio. In appendice sono esaminate le conseguenze dell'ipertonia sugli organi in special modo sul cervello (attacchi cerebrali, edema, pressione cerebrale) e sul fondo dell'occhio.

Non meno interessante, sebbene le cognizio-

ni ne siano più scarse, l'ipotonia, che è a sua volta distinta in generale, con la forma ereditaria e la forma acquisita, e regionale; mentre anche qui, in appendice, un breve paragrafo esamina le crisi depressorie e vasodilatatorie.

Un completo e ricchissimo indice bibliografico completa il lavoro. SEBASTIANI.

## CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. TOURNEY. *Sémiologie di sommeil. Essai de Neurologie expliquée.* C. Doin, 1934.

Da più di un ventennio l'A. sotto l'ispirazione e la guida sapiente del suo maestro, il Babinsky, si occupa delle questioni riguardanti il sonno normale e patologico, ed ora le riprende nell'intento di dare un'interpretazione più rispondente alle ultime acquisizioni della neurologia dei fenomeni, osservati da lui con fine acume durante il sonno dell'adulto e del bambino. Dopo essersi soffermato ad esporre con cura gli aspetti obbiettivi assunti nel sonno dalle funzioni della vita di relazione, dalla nutrizione, dal metabolismo, dalla bioenergetica, discute le varie teorie che tentano di spiegare, da un punto di vista fisiologico, questa importante funzione. Prospetta poi le possibilità di una semeiotica dell'avvenire orientata verso la ricerca delle funzioni e rispettivamente delle disfunzioni nel sonno del sistema estrapiramidale e verso la spiegazione di certi parallelismi fra la temporanea presenza del Babinski e la comparsa di altri segni morbosi. La indiscussa competenza del Tourney raccomanda questo suo nuovo lavoro a tutti coloro che si interessano dell'argomento.

G. AYALA.

R. COLELLA. *Discorso per l'inaugurazione della nuova Clinica per le malattie nervose di Palermo.* Pag. 20, con tav. Industrie ed. siciliane, Palermo.

Al discorso, in cui l'A. illustra i fini e gli scopi della neurologia ed il lavoro intenso e fattivo dell'Istituto da lui diretto, seguono i cenni storici ed edilizi della Clinica da lui fondata, di cui viene altresì descritto il funzionamento. Nitide fotografie e piante danno l'idea della disposizione e della importanza di questi nuovi edifizi rispondenti ai moderni criteri di tecnica ospedaliera. *fil.*

P. RAVAUT. *Une nouvelle syphilis nerveuse.* Editore Masson e C. Parigi. Prezzo fr. 45.

Sulla scorta di un'abbondante casistica l'A. sostiene che oltre alle note forme della sifilide nervosa clinicamente definite e facilmente accertabili, esistono altre forme nascoste, sintomatologicamente silenziose, e che sono rilevate unicamente dall'esame del liquor.

Tali forme costituirebbero il periodo di preparazione della neurosifilide classica, e pertanto il loro accertamento ha un'importanza notevole per la cura tempestiva.

DR.

H. ELLIS. *Précis de Psychologie sexuelle.* Editore F. Alcain, Parigi. Prezzo fr. 35.

Havelock Ellis è un nome noto a tutti i cultori di sessuologia. I suoi libri non hanno bisogno di essere presentati ed illustrati. L'impulso che egli ha dato alle conoscenze sulla sessualità sono documentati dai sette volumi da lui pubblicati sull'argomento.

Le sue ricerche rimangono fondamentali come quelle di Freud, di cui egli accetta qualche postulato, pur mantenendosi originali nelle concezioni essenziali.

Il libro che ora viene pubblicato in lingua francese è una ricapitolazione di tutta l'opera dell'insigne sessuologo, una condensazione di tutte le precedenti pubblicazioni.

Un libro di grande interesse, che si legge volentieri e con molto profitto.

DR.

K. POLISCH und F. PANSE. *Schlafmittel-Missbrauch.* Editore, G. Thieme. Lipsia. Prezzo MK. 9,60.

È questo un argomento di attualità. L'uso e l'abuso dei sonniferi, e più specialmente dei barbiturici, si va estendendo.

Gli autori ne espongono i caratteri chimici e farmacologici, la tossicologia, le applicazioni terapiche specifiche. Si soffermano particolarmente sulla cura delle intossicazioni barbituriche e sui mezzi adatti ad evitare l'abuso dei sonniferi.

DR.

R. MITTERMAIER. *Die Krankeiten der Nasennebenhöhlen und des Ohres in Roentgenbild.* Thieme editore, 1934, 140 pagine, 213 figure, 25 marchi.

Premesse poche cognizioni generali il libro è compilato in modo che ad ogni radiogramma corrisponde uno schema (con spiegazioni), il quale mostra il modo come i seni della faccia si proiettino sul radiogramma nelle varie proiezioni in esame. Lo studio della rocca e della mastoide è compilato nello stesso modo sicchè il radiologo (e specialmente il radiologo specializzato nello studio del naso e dell'orecchio) può facilmente, in base alle note esplicative, analizzare le immagini spesso assai complicate che si ottengono nelle varie proiezioni.

Il libro è utile ed è corredato di radiogrammi e schemi dimostrativi.

E. MILANI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 25 maggio 1934.

Presidente: Prof. A. PENSA.

### Ricerche sulle leucemie.

A. FIESCHI. — L'O., studiando le modificazioni della crasi leucocitaria nelle linfoadenosi e mielosi leucemiche, può dimostrare l'azione spiccatamente leucopenizzante dell'estratto posteriore dell'ipofisi ma con caratteristiche di transitorietà senza spiccata affinità verso l'uno e l'altro dei due sistemi all'infuori ad una maggiore tendenza ad abbassare il tasso linfocitario. Azione analoga esplica l'ergotamina.

### Contributo allo studio dei tumori sperimentali.

A. SALAMI. — L'O. riferisce una serie di ricerche dirette a studiare l'azione del Prolan sullo sviluppo di un sarcoma polimorfo-cellulare trapiantabile nel ratto. Giunge alla conclusione che un rapporto diretto tra l'ormone ed il tumore preso in esame non è dimostrabile, nè nel senso dell'inibizione (Zondek nell'adenocarcinoma del topo), nè in quello dell'acceleramento dello sviluppo (Gross nel sarcoma del topo).

### Ricerche di linfografia in alcuni mammiferi da esperimento.

Dott. G. E. DOLFINI e M. BROVELLI. — Gli OO. riferiscono e documentano i risultati raggiunti nelle loro ricerche sulla visualizzazione radiologica delle vie linfatiche (vasi e gangli) in alcune specie di mammiferi viventi (cavia, coniglio, cane): mediante iniezioni di thorotrast nel sottocutaneo della zampa posteriore, quasi sempre essi misero in evidenza, oltre i vasi linfatici dell'arto ed i gangli popliteo ed inguinali, anche i gruppi ghiandolari iliaci e paraaortici.

### Risposta agli ormoni nelle leucemie.

C. ZELASCHI. — L'O. ha studiato le modificazioni leucocitarie delle leucemie di fronte agli ormoni: adrenalina, insulina, tyroxina. L'adrenalina determina splenocontrazione spesso intensa e spiccata e costante nelle leucemie mieloidi scarsa nelle leucemie linfatiche. Aumento delle cellule immature della serie granuloblastica. L'insulina determina nelle leucemie mieloidi una netta tendenza alla diminuzione del numero globale dei leucociti mentre nelle leucemie linfatiche la reazione è piuttosto oscillante. La tiroxina determina nelle leucemie mieloidi costante diminuzione del numero globale dei leucociti, nelle linfatiche invece una tendenza all'aumento.

### Ricerche sulla colecistografia rapida.

F. FACCI TOSATTI e D. BARBIERI. — Gli OO. dai risultati di ricerche comparative sull'azione acceleratrice di diverse sostanze nella colecistografia rapida, concludono che l'acetilcolina, l'urotropina e la pituitrina provocano una precoce visualizzazione della cistifellea, mentre l'adrenalina, l'istamina e il Choleval non hanno analoga azione.

Segnalano l'azione rapida dell'acetilcolina che determina buoni colecistogrammi anche dopo 30'-45' dalla iniezione di tetrajodo.

### Rilievi sulla morfologia radiologica di alcune artropatie nervose.

G. BIGNAMI e G. F. TESTA. — Gli OO. inquadrato l'argomento dal punto di vista storico, dopo aver esposto le teorie etiopatogenetiche, accennano ad alcuni quadri clinici ed anatomo-radiologici ed espongono brevi considerazioni di ordine diagnostico.

### Appunti di tecnica radiologica per la proiezione del mascellare inferiore.

G. BIGNAMI e L. FERRETTI. — Gli OO., accennato alle difficoltà per una buona visualizzazione radiologica della mandibola, in rapporto con la particolare forma e sede della parte, si soffermano a discutere dei pregi e difetti delle varie proiezioni in uso.

Passano poscia alla descrizione della tecnica da loro seguita, della quale danno le opportune documentazioni radiologiche.

### Ricerche sulla funzione di assorbimento del sottocutaneo

R. CASAZZA. — Essendo scarse le conoscenze che abbiamo sulla funzione di assorbimento del sottocutaneo, l'O. ha eseguito una serie di ricerche dirette ad investigare la funzione stessa da un punto di vista specialmente dermatologico. Riassume qui i metodi proposti e le ricerche eseguite in precedenza e le critiche che ad entrambi si possono portare, soffermandosi infine sul metodo dell'iniezione dell'Uranina secondo Donath e Tanne, il quale permette un apprezzamento migliore dell'assorbimento. Ha eseguito 125 prove su un materiale vario dermatologico e, mentre le ricerche di altri AA. avevano di mira la funzione di assorbimento soprattutto riguardo alle ripercussioni che sul sottocutaneo portano vizi cardiaci, fatti renali, ecc., l'O. ha tentato di verificare, con adatte esperienze, i fenomeni locali che direttamente possono influire sul sottocutaneo riguardo alla sua funzione di assorbimento. Dai vari gruppi di ricerche praticate l'O. conclude sottolineando diversi punti di maggior rimarco, insistendo sui reperti che dimostrano che i singoli individui hanno un personale costante modo di reagire alla prova, che gravi lesioni locali tegumentarie possono influire sull'assorbimento nel sottocutaneo, che i singoli soggetti, con o senza manifestazioni cutanee, dimostrano personali caratteristiche di assorbimento (diverse in diversi individui), dal che può forse derivare l'importante spunto di ricerca che il sottocutaneo abbia una qualche individualità propria di tessuto e soggettiva. *Il Segretario*: BIANCHI.

## Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 12 maggio 1934.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

### Nuovi dati sulla profilassi e la cura della paralisi progressiva.

V. M. BUSCAINO. — Le remissioni ottenute nel corso della paralisi progressiva con il trattamento malario-specifico diventano meno frequenti con l'andare degli anni; specialmente quelle incomplete, anzi che le complete.

Si insiste sulla necessità d'intensificare il trattamento specifico dei paralitici progressivi, e sulla necessità di provvedere meglio alla profilassi delle forme cosidette metaluetiche del sistema nervoso, potenziando la cura di tutti i sifilitici con l'associazione della piretoterapia (a preferenza per ora con i preparati piretogeni di solfo colloidale) al trattamento specifico.

**Ricerche sulle malattie degli organi respiratori negli zolfatai.**

G. SORGE e D. COLUMBA. — Nel settembre del 1933 gli OO., soggiornando nella Miniera di Grottacalda (Enna), sottoposero all'esame clinico, radiologico e ad esami speciali un complesso di 150 zolfatai, di cui 110 minatori e 40 operai dello « esterno » (arditori, ecc.).

In 114, cioè nel 76 %, l'esame diretto, ai cui risultati si limita questa 1ª nota, metteva in rilievo segni di bronchite cronica, in 105 casi con enfisema di vario grado. Raggruppando, a scopo schematico, i quadri morbosi osservati in 3 forme cliniche di diversa entità, 53 casi rientravano nella forma lieve incipiente, 49 nella forma di media gravità, 12 nella forma grave avanzata.

La capacità vitale dei polmoni fu trovata inferiore ai 3000 cc. in 87 casi; la durata dell'apnea volontaria risultò inferiore ai 20'' nell'83 % degli operai esaminati.

Non vi è stretto rapporto fra la durata del servizio in miniera (superiore ai 10 anni in 132 operai, ed ai 20 in 89) e l'entità delle lesioni bronchitiche, come appaiono all'esame diretto; esse sembrano d'altro canto più diffuse e più intense nel gruppo arditori rispetto al gruppo minatori dell'« interno ».

Gli OO. riferiranno in seguito i risultati dell'esame radiologico e degli esami speciali.

**Sulla papilla da stasi acuta e sua terapia di urgenza.**

G. FAVALORO. — L'O., in base ad alcune dimostrative osservazioni cliniche, fa rilevare l'opportunità di distinguere dalle forme classiche di stasi ottica, ad evoluzione lenta con buona conservazione de visus, gli edemi acuti della papilla con cecità, manifestatisi rapidamente, nell'idrocefalo acuto, e mette, di conseguenza in rilievo la necessità e l'urgenza, in simili casi, dell'intervento decompressivo radicale (puntura lombare, craniomeningotomia, puntura dei ventricoli), al di fuori di che non esisterebbe altra via di salvezza per la funzione visiva.

**La deviazione del complemento con le urine per la diagnosi di sifilide.**

V. CONSOLI. — Viene riferita una nuova tecnica per usare le orine, al posto del siero, nella diagnosi di lue, mediante la reazione di fissazione del complemento.

I primi risultati ottenuti lasciano sperare la possibilità di utilizzare il metodo in pratica.

Sono in corso ulteriori ricerche in proposito.

**Sul valore della microcultura per la diagnosi precoce della tubercolosi.**

A. LONGO. — L'O. riferisce i risultati delle sue ricerche con il metodo culturale e parallelamente con la prova biologica su materiale sospetto tubercolare, concludendo che la microcultura se può riuscire di grande utilità per la precocità del responso, non può sostituirsi alla prova biologica più tardiva ma più sensibile.

**Altri casi di febbre eruttiva (tifo esantematico endemico non contagioso) in Catania.**

S. PREVITERA. — L'O. riferisce su dieci casi di febbre eruttiva (tifo esantematico endemico non contagioso) osservati in Catania nel triennio 1931-1933.

Questi casi sono caretterizzati:

*a*) dalla febbre alta (39°-40°) continua per 10-12 giorni circa, con inizio per lo più brusco e rapida caduta;

*b*) dall'esantema morbilliforme, più o meno vistoso, sparso su tutto il corpo, meno alla faccia, che compare verso il 6° o 7° giorno di malattia e che scompare col cadere della febbre, senza diventare emorragico e senza desquamazione;

*c*) dalla reazione Weil-Felix positiva già dall'8° al 10° giorno di malattia, con tasso che aumenta nella convalescenza, per quindi decrescere gradatamente.

Ritiene che la diagnosi dovrebbe fondarsi sulla concomitanza di questi tre caratteri e che sopratutto non dovrebbe mancare la W. F. saggiata con diversi ceppi di Proteus.

Per il fatto che in questi casi potè quasi sicuramente escludersi la puntura di zecche e per altre considerazioni l'O. ritiene che i casi di Catania debbano piuttosto riportarsi al gruppo del morbo di Brill o tifo murino, anzichè a quello della febbre bottonosa e della febbre esantematica di Marsiglia e di Roma.

**Su alcuni altri casi di febbre eruttiva (tifo benigno).**

P. REDAELLI. — L'O. rilevando l'interesse della comunicazione del dott. Privitera a proposito della esistenza in Catania di una forma di tifo esantematico benigno avvicinantesi per i dati clinici al morbo di Brill, accenna ad esperimenti tuttora in corso ed a ricerche da poco iniziate per stabilire definitivamente la natura del virus delle forme catanesi. Le prove sperimentali sulla cavia eseguite con il materiale dei casi del dott. Privitera hanno dimostrato una recettività notevole dell'animale che presenta uno stato febbrile notevole ed un grave risentimento scrotale. Comunica inoltre che ricerche eseguite sui ratti della città di Catania hanno dimostrato esistere in questa città il tifo murino. Per questo, e per i dati biologici del virus e per i dati clinici raccolti dal Previtera, l'O. ritiene che i casi fino ad ora riscontrati in Catania sono da ricondursi a forma di tifo esantematico benigno di origine murina (virus di tipo murino del vecchio mondo).

*Il Segretario*: Prof. G. DI MACCO.

---

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

**Contributo alla sintomatologia della lambliasi.**

I. Goia e I. Gavrila (*Arch. des Mal. de l'App. Dig. et des Mal. de la Nutr.*, marzo 1934) riportano tre casi di lambliasi ad evoluzione clinica interessante. Nel primo caso si trattava di un malato che presentò per due giorni sintomi coleriformi. La sindrome clinica non poteva essere spiegata che dalla presenza di parassiti nell'intestino. Si trattava dunque di una forma coleriforme di lambliasi intestinale. Il trattamento con calomelano, olio di ricino e solfato di magnesio ed il regime diedero buoni risultati perchè il malato dopo 5 giorni era quasi guarito.

Nel secondo caso si trattava di una lambliasi a forma vescicolare che provocava fenomeni di colecistite cronica; i fenomeni morbosi si attenuarono con il trattamento ma non scomparvero.

Nella terza osservazione le lamblie provocarono dei fenomeni di enterocolite cronica, localizzandosi anche nella cistifellea e provocando allora delle manifestazioni attenuate di colecistite cronica; anche in questo caso i risultati del trattamento furono incostanti.

I casi riportati meritano di essere ricordati, non solo a causa delle manifestazioni cliniche presentate, ma sopratutto come fatti documentari per la discussione sull'importanza patogena delle lamblie. C. TOSCANO.

**Sulla secrezione gastrica provocata dalla sonda duodenale.**

A. Branisteanu, C. Strat e A. I. Fainita (*Arch. de Mal. de l'App. Dig. et des Mal. de la Nutr.*, febbraio 1934) hanno eseguito delle ricerche di sondaggio gastrico senza pasto di prova su 33 gastrici e su altri malati, ripetendo in 10 soggetti la ricerca con il pasto di prova di Katsch e Kalk (caffeina 0,20 cc. in 300 cc. di acqua distillata).

Essi hanno sempre trovato una secrezione gastrica dopo un semplice sondaggio gastrico e l'acidità di questo succo gastrico era qualche volta molto forte. La secrezione così ottenuta ha sempre dato agli AA. le stesse indicazioni della secrezione ottenuta dopo un pasto di prova. Si potrebbe pertanto impiegare questo metodo nei casi in cui si vuole ottenere un succo gastrico puro.

C. TOSCANO.

**Parassitismo intestinale e succo gastrico.**

F. F. Martinez (*Arch. des Mal. de l'App. Dig. et des Mal. de la Nutr.*, febbraio 1934) ha studiato in 89 diarroici la composizione del succo gastrico, cercando di rendersi conto dell'influenza possibile del chimismo sullo sviluppo e l'attività della fauna intestinale. Egli ha potuto concludere che l'acidità del succo gastrico non impedisce e non danneggia lo sviluppo degli elminti e dei protozoari nel tubo digerente e che i parassiti intestinali evolvono indipendentemente dal tipo chimico della secrezione dello stomaco.

C. TOSCANO.

**Sul volvolo gastrico.**

W. Bal (*Dsch. Zeit. f. Chir.*, vol. 240) riporta il caso, assai raro, di volvolo gastrico in un bambino di 3 anni. Il piccolo p. operato in gravi condizioni morì rapidamente.

All'intervento si potè constatare un'anomalia di lunghezza e di impianto dei legamenti freno-gastrico e gastro-lienale, donde un'anormale mobilità del fondo dello stomaco, condizioni che si riscontrano in casi di volvolo gastrico nella giovine età.

V. GHIRON.

**Sulla patogenesi ed il trattamento del circolo vizioso (dopo gastroenterostomia).**

Delore con Creynel e Rongemont nel 1925 insisterono sui fenomeni di peritonite localizzata intorno alla bocca neogastroanastomotica come causa degli accidenti da circolo vizioso.

Delore e Brun (*Revue de Chirurgie*, 52° anno, n. 7, luglio 1933, p. 479) riesaminano alcune loro osservazioni antiche e mettono in rilievo che l'infiammazione spesso non resta localizzata alla sierosa, ma si diffonde alle altre tuniche. Il gonfiore di queste produce non solo l'obliterazione gastrica, ma anche quella digiunale.

Gli AA. mettono in evidenza che la digiuno-digiunostomia (Braun) riporta le condizioni di canalizzazione dello stomaco ed intestino a quelle originarie preoperatorie, rimettendo in funzione la zona piloro-duodenale.

Perciò gli AA. in cinque casi di circolo vizioso non risoltosi con lavaggi gastrici ecc. praticarono una seconda gastrodigiunostomia anteriore, in zona gastrica lontana dalla prima gastrodigiunostomia transmesocolica.

Riportano la storia clinica di una di queste osservazioni; rifletteva una donna operata nel 1924 e che nel 1933 si trovava in perfetto benessere. JURA.

**500 gastrectomie per ulcere dello stomaco o del duodeno. Riflessioni.**

M. J. Abadie (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 20 febbr. 1934) da 15 anni pratica la gastrectomia come metodo di scelta nella cura delle ulcere gastro-duodenali. La sua esperienza, oggi basata su 500 operazioni del genere lo induce a preferire la tipica Billroth II. L'operazione di Polya molto usata correntemente dai più è stata riservata alle ulceri cal-

lose molto estese della piccola curvatura. Più di rado venne eseguita l'operazione di Pean. Nelle mani dell'A. la mortalità operatoria per gastrectomia è stata del 4,6 %, mentre per la gastroenterostomia semplice è stata del 5 %. Anche per i risultati a distanza la gastrectomia dà buon affidamento. Sono infatti assai rare le ulceri peptiche post-operatorie o la persistenza di disturbi dolorosi.

Altre considerazioni riguardano l'etiologia delle ulceri, la frequenza, gli elementi che fanno decidere per l'operazione, la scelta del processo operatorio e i mezzi di esecuzione.

Alieri.

**Quali parti ha la gastrite nei disturbi consecutivi a resezione per ulcera?**

Zuckschwerdt, H. Zettel (*Dsch. z. f. Chir.*, vol. 241) hanno seguìto 66 resecati di ulcera gastro-duodenale nella Clinica di Heidelberg. Una gran parte di questi presentò ad intervallo variabile disturbi nella sfera gastrica così intensi per taluno che fu posta diagnosi di ulcera peptica digiunale o di ulcera perforata, erroneamente.

Da reperti di autopsia per morte per altra causa, dai dati della gastroterapia e della radiografia, da reperti di reinterventi gli AA. concludono che generalmente tali disturbi erano dovuti ad una gastrite, talvolta atrofica, tal'altra iperplastica, spesso preesistente all'intervento, non raramente sviluppata dopo. Gli AA. hanno spiegato questa gastrite secondaria con le modificate condizioni anatomiche della porzione residuale di stomaco o con il fattore neurotico della ulcera, fattore non modificato dalla resezione. Talvolta trovarono pure uno stato di flogosi del digiuno e dell'ileo.

Con tale opinione concordano altri chirurgi, almeno in parte. Poco si può dire della cura. Interventi non sono consigliabili. La dieta può essere utile. Gli alcalini sono da evitare mentre l'asportare la paratiroide sana è poco giovevole ed espone al pericolo dello scoppio di tetania grave come in un caso degli AA. Del resto fatti leggeri di tetania si ebbero nella maggior parte dei loro operati. Secondo gli AA. è pure sconsigliabile la legatura della tiroidea inferiore da un lato: la paratiroide verrà ugualmente irrorata per le anastomosi esistenti con quella del lato opposto.

Notevole le disposizioni calcaree nella corticale dei reni di 3 malati. La maggior parte ebbero un notevole miglioramento: pure le cisti ossee rimasero invariate allo schermo radiografico.

V. Ghiron.

**Le emorragie gastro-intestinali degli arterio-sclerotici, da piccolo tumore.**

P. Chevallier e A. Fiehrer (*Le Sang*, 1934, n. 1) rilevano che si osservano talora delle ematemesi o delle emorragie esclusivamente intestinali senza che si possa scoprire nessuna causa che le provochi, sia gastrointestinale od altra (sindrome porto-radicolare, con splenomegalia, cirrosi epatica, ecc.). D'altra parte, l'esame del sangue non permette di incriminare nessuna diatesi emorragica. Spesso, si trovano invece dei piccoli segni di arteriosclerosi ed il colesterol sanguigno è quasi sempre aumentato a digiuno, il che viene considerato dagli AA. come uno dei segni rivelatori più precoci del processo arterio-sclero-ateromatoso.

In un caso osservato dagli AA., un individuo arteriosclerioso ebbe abbondante emorragia intestinale (circa due litri) e morì l'indomani. Si pensava ad una trombosi dell'arteria meseraica. All'autopsia, notevole ateroma delle arterie cerebrali e dell'aorta, mentre il tronco celiaco era bene flessibile. Al limite della emorragia, un piccolo cancro peduncolato grosso quanto la punta di un dito.

Gli AA. ritengono che dei piccoli cancri emorragici o degli adenomi non siano rari nei grandi ateromatosi; si tratta di tumori facili ad asportare, salvando così la vita del malato. Nel dubbio, essi consigliano pertanto di intervenire al più presto ricercando nell'addome la causa dell'emorragia. È raro che un'emorragia sia subito mortale; per lo più si ha una emorragia (400-800 cmc.) seguita da una fase di perfetta salute, con successiva ripresa dell'emorragia e sindrome tipica o non di occlusione terminale. Nell'arterio-scleroso, l'emorragia detta senza causa, deve far pensare alla possibilità di un tumore latente ed indurre all'intervento.

*fil.*

**Considerazioni sulla cura operatoria dell'ulcera gastrica e duodenale.**

M. Donati (*Atti e Memorie della Società Lombarda di Chirurgia*, Vol. 1, n. 16, 1933) riferisce su 104 casi di ulcera gastrica e duodenale operati da lui nella Clinica di Milano nell'anno scolastico 1932-33. Su 73 casi di ulcera duodenale ha praticato 26 volte la resezione, 44 la gastroenterostomia, 3 la duodenopilorectomia anteriore; su 26 casi di ulcera gastrica ha praticato 22 volte la resezione, 2 volte la gastroenterostomia, 2 volte l'escissione dell'ulcera di cui 1 con gastroenterostomia. Su 4 casi di ulcera peptica ha praticato la resezione. Ha praticato una volta la degastroenterostomia con contemporanea appendicectomia in una p. affetta da appendicite e in cui per errore da altri era stata praticata una gastroenterostomia. Ha avuto 2 soli casi di morte. La bassa mortalità l'A. la mette in rapporto alle cure pre- e post-operatorie, alla anestesia locale da lui generalmente usata e a un suo metodo di sutura gastro-intestinale in cui non è lesa la mucosa, ma solamente affrontate le sottomucose.

G. Gentile.

**Le invaginazioni intestinali e loro svaginazione a mezzo del clistere opaco sotto il controllo radiografico.**

P. M. Sjöström (*Acta Chir. Scand.*, fasc. III, 1934) riferisce come già dal 1927 in poi, nella Clinica chirurgica di Lund hanno sempre ricorso all'indagine radiologica nella diagnostica dell'invaginazione intestinale dei bambini tentando poi la svaginazione sotto lo schermo radioscopico a mezzo del clisma opaco completato da appropriato massaggio e da manovre esterne di taxis.

Quando la svaginazione fu ottenuta, l'inf. rimase sotto osservazione in clinica; nei casi infruttuosi si procedette immediatamente alla laparatomia. Il materiale dell'A. comprende 38 casi di invaginazione ileo-colica; in tutti fu tentata la svaginazione col metodo su accennato ottenendola ben 22 volte con decorso successivo ottimo, per cui il paz. guarì senza laparatomia. Gli altri 16 casi, dopo l'infruttuoso tentativo, furono operati immediatamente e poterono essere svaginati. Dei 22 trattati col metodo incruento nessun morto; dei 16 operati 6 morti. Quelle che risposero meglio al metodo furono le invaginazioni ileo-cecali ottenendosi la svaginazione in tutti i 19 casi osservati; gli altri tipi d'invaginazione (cieco-colica; ileo-ileale ecc.) richiesero più spesso l'intervento.

I casi più favorevoli sono quelli recenti, prima della 24ª ora; molta prudenza si deve avere dopo la 48ª ora.

I raggi X non permettono sempre di precisare con certezza la riuscita della riduzione; ecco perchè la sorveglianza in clinica dopo le manovre radiologiche ha una parte integrante ed importante del metodo.

Lo svaginamento a mezzo del clisma opaco riesce adunque globalmente nei 2/3 dei casi senza aumentare la mortalità, mentre l'altro 1/3 necessita della laparatomia precoce e rapida. R. GRASSO.

**Un semplice mezzo di devaginazione di un'ansa intestinale invaginata.**

v. Redwitz, clinico chirurgo di Berna, allievo di v. Haberer (*Münch. med. Wsch.*, 1933, p. 54) richiama l'attenzione su un semplice mezzo di ausilio per svaginare anse intestinali invaginate, seguito regolarmente dal suo maestro, in tutti quei casi in cui a causa dello spasmo della muscolatura, tale manovra riesca (malgrado applicazione di pezze calde), insormontabile.

Si tratta della semplice spennellatura della zona invaginata con tintura di oppio, su un tamponcino montato. Il tampone deve essere piccolo (0,05 gr. di peso) cosicchè non venga assorbito dalla garza più di circa 0,01 gr. di tintura.

Quantità troppo forti di liquido vanno evitate, specie nei bambini (pericolo di talora gravi fenomeni tossici).

Esami ripetuti batteriologici hanno dimostrato la sterilità della tintura di oppio, tuttavia l'A. consiglia di tenere sempre pronta in sala operatoria una certa quantità di t. d'o. di cui si sia già controllata la sterilità.

A. CALÒ.

## SEMEIOTICA.

**La reazione intradermica quale metodo diagnostico nella brucellosi.**

La brucellosi è una malattia, che dato il suo multiforme quadro clinico, riesce talvolta molto difficile a diagnosticare.

Il laboratorio ha fornito diversi metodi di ricerca: emocultura, reazione di fissazione del complemento, formula leucocitaria, reazione di Wright; ma per molteplici ragioni nessuno di essi ha risposto completamente allo scopo.

La reazione intradermica proposta nel 1918 da Fleischner e Meyer, e da Burnet nel 1932 non ha avuto finora larga applicazione, essendo le esperienze state fatte su scarso materiale.

E. Arbatskaia e H. Moroskin (*Giornale di Batteriologia e Immunologia*, maggio 1934) pensando che il metodo debba essere applicato su larga scala, lo hanno praticato su 251 soggetti parallelamente alla emoculutra e alla reazione di Wright.

Hanno eseguito le loro ricerche in massima parte con vaccino polivalente e in parte con brodo filtrato.

La tecnica usata è stata quella abituale della intradermoreazione: la reazione specifica cominciava a manifestarsi alla 6ª-8ª ora e raggiungeva il suo massimo dopo 24-48 ore; essa si manifestava sotto forma di un pomfo rossastro e dolente, accompagnato da elevazione di temperatura fino a 38° e da gonfiore delle ghiandole sottoascellari. Il segno caratteristico della reazione è la presenza di infiltrato.

Il materiale sul quale furono condotte le ricerche (251 soggetti) consistette in malati di febbre ondulante, malati clinicamente sospetti di febbre ondulante, di persone vaccinate contro la brucellosi, di malati di malaria, tifo petecchiale, tifo addominale, poliartrite, dissenteria amebica, sepsi e persone sane.

Su 35 malati di brucellosi, nei quali la diagnosi era dedotta dalla concordanza di tutti gli elementi diagnostici, l'intradermoreazione sia con il vaccino che col brodo filtrato, riuscì negativa in un sol caso di un malato molto grave. La reazione di Wright fu negativa in 5 casi.

Nei 4 malati sospetti la intradermoreazione e la reazione di Wright furono positive, ma negativa fu la emocultura.

In 23 malati, nei quali la clinica sospettò in primo tempo la brucellosi, ma nei quali il sospetto non fu ulteriormente confermato, la intradermoreazione e la prova di Wright furono negative. In 139 controlli (sani, tifo, artrite, dissenteria ecc.) la intradermoreazione fu negativa.

Concludendo: in tutti i casi la intradermoreazione si è mostrata più sensibile e più specifica che non la prova di Wright e va perciò raccomandata come metodo diagnostico nella pratica comune. VICENTINI.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Alcool e funzione epatica.

Pel fatto che spesso i cirrotici sono stati forti bevitori si è insistito e si insiste sull'origine alcoolica della cirrosi epatica, senza però poterla dimostrare in modo indubbio.

Nei fortissimi bevitori si è anche studiata abbondantemente la funzionalità epatica. R. Bauer e O. Wozasck (*The Review of Gastroenterology*, giugno 1934) sottoposero alla studio la prova di F. Wagner (prova della galattosuria provocata insieme a somministrazione di alcool) in soggetti sani e malati di fegato, perchè il Wagner non aveva indicato dati statistici nè completato il suo studio.

La tecnica seguita fu la seguente: 40 gr. di galattosio in 500 cc. di tè; successivamente si davano 40 cc. di cognac; nei giorni successivi la prova si ripeteva aumentando il cognac a 80 e 120 cc.

Il tutto, naturalmente, preceduto da somministrazione di galattosio solo.

Su 22 soggetti con fegato sano, ebbero in 20 aumento della galattosuria dopo somministrazione di alcool e aumento ancora maggiore aumentando la dose di alcool. Solo in due casi la ipergalattosuria non comparve. In tutti la galattosuria precedentemente saggiata aveva dato risultati normali (cioè 2 gr.).

Su 20 casi di itterizia, in 14 la ipergalattosuria patologica non aumentò dopo somministrazione di alcool, anzi diminuì mentre in 6 casi la galattosuria si comportò come nei sani.

Furono studiati tre casi di atrofia subacuta del fegato. Nel primo caso vi fu ipergalattosuria che diminuì coll'alcool, mentre negli altri due ci fu aumento; in questi due ultimi casi si ebbe poco dopo miglioramento della sindrome.

In 4 casi di cirrosi epatica atrofica in bevitori, in 2 si ebbe aumento della galattosuria coll'alcool e in 2 no.

In un caso di stasi biliare vera con cirrosi e in due di colangite cronica l'aumento della galattosuria coll'alcool non vi fu.

4 casi di Basedow non presentarono galattosuria.

Nell'anemia perniciosa Donath e Colesbacher hanno dimostrato che c'è galattosuria, che secondo Singer dipende da mancato assorbimento del galattosio. Gli AA. ne studiarono 4 casi: in due casi con galattosuria normale si ebbe aumento della galattosuria con alcool al principio della malattia e nelle fasi di remissione.

Discutendo questi risultati gli AA. pensano che sia accettabile l'idea che l'alcool, aumentando la diuresi, non dia colla galattosuria una idea della funzionalità epatica, perchè si videro casi con enorme aumento della galattosuria e modico della diuresi.

Non accettano neppure l'opinione che l'alcool faciliti l'assorbimento del glucosio.

Essi concludono che normalmente quantità moderate di alcool diminuiscono l'assimilazione del galattosio. L'inverso si ha negli epatopazienti, nei quali c'è già ipergalattosuria senza alcool. Il meccanismo di questo comportamento per ora rimane inspiegato.

R. LUSENA.

## POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. A. S., abb. n. 2125:

La zona vasosensibile carotidea corrisponde alla biforcazione della carotide all'altezza circa dell'angolo inferiore mascellare. Il *glomus caroticus* è considerato come una ghiandola a secrezione interna con qualche cellula cromaffine ma con la maggior parte degli elementi a tipo cellule simpatiche embrionali. Rami nervosi numerosi con rapporti simili a quelli di un ganglio simpatico. Le modificazioni della pressione oltre che con la diatermia (placca al collo dietro l'angolo mandibolare) sono state ottenute con la röntgenterapia.

MILANI EUGENIO.

## VARIA

### Salvataggio dai sottomarini affondati.

Alla Camera dei Comuni, il Primo Lord dell'Ammiragliato dichiarò che, dopo esame diligente, l'Ammiragliato è giunto alla conclusione che l'angoscioso problema del salvataggio dai sottomarini affondati può considerarsi risolto, grazie all'apparecchio Davis. Tutti i sottomarini dovrebbero esserne forniti e si propone di non valersi di altri apparecchi. Esso ha già fatto molte prove. Tutto il personale addetto ai sottomarini dovrebbe essere trenato a valersene. Non bisogna aspettare le operazioni di salvataggio, perchè la resistenza dell'organismo si può ridurre nell'attesa.

Notiamo che in Italia importanti studi sul salvataggio dai sottomarini sono stati compiuti da un medico, il dott. M. Moschini.

Essi hanno richiamato tutta l'attenzione dell'Ammiragliato britannico (*Ann. d'Ig.*).

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

D. SALSANO *Rilievi statistici e clinici su 240 casi di osteomielite acuta curati negli Ospedali Riuniti di Napoli nel quinquennio 1928-1932.* — Tip. Di Lauro, Napoli, 1934.

S. SALVO. *Su una particolare localizzazione extragenitale della blenorragia.* — Tip. Strano, Catania, 1934.

C. D'AMICO. *Verso la vittoria: la lotta antitubercolare.* — Tip. Serafini, Galatina, 1934.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## SERVIZI IGIENICO-SANITARI

### Il Testo Unico delle leggi sanitarie.

Lo schema di decreto riguardante il Testo Unico delle leggi sanitarie, approvato su proposta del Capo del Governo dal Consiglio dei Ministri (v. fasc. scorso), costituisce un complesso legislativo particolarmente importante ed ha per oggetto non solo il coordinamento delle disposizioni sparse nei diversi decreti e nelle diverse leggi, ma soprattutto il loro aggiornamento nell'intento di renderle sempre più adeguate e rispondenti a quelle finalità di tutela e di sviluppo fisico della stirpe che sono state costantemente seguìte dal Governo Fascista.

Il Testo Unico si divide in dieci titoli nei quali sono complessivamente contenuti 395 articoli. Il vigente ordinamento reso esecutivo con R. Decreto del 1° agosto 1907 n. 636, non rispondeva per ovvie ragioni, alle esigenze e alle necessità di una sana ed efficace tutela della salute pubblica.

Dell'opportunità di integrare le norme esistenti si rese subito conto il Governo Fascista, che un anno o poco più dal suo avvento, provvide in data 30 dicembre 1923 ad emanare ampie provvidenze in materia. E col provvedimento ora approvato viene realizzato il nuovo ordinamento, che pur non determinando per le condizioni della pubblica Finanza alcun aumento di spesa a carico dello Stato, delle Provincie e dei Comuni, sancisce tutte le norme di sicura efficacia nel campo sanitario.

In occasione dell'emanazione del nuovo Testo Unico, ha formato oggetto di attento esame la composizione del Consiglio Superiore di Sanità.

Allo scopo di chiamare a far parte all'alto consesso specialità e competenze delle quali l'esperienza e le esigenze dei tempi hanno fatto sentire la necessità, se ne è ritoccata in qualche parte la composizione. Un tale ritocco non ha portato però alcun aumento nel numero dei componenti, il quale anzi risulta inferiore al precedente. La suddivisione del Consiglio in sezioni in base alle materie, rende possibile utilizzare la competenza dei membri e si dimostra il più adatto mezzo di frequenti convocazioni. Inoltre esso consente al Ministero di non dover ricorrere, nell'impossibilità di convocare tutto il Consiglio, alla formazione di apposite Commissioni tecniche consultive per l'esame di determinati argomenti.

Una sostanziale modificazione hanno opportunemente ricevuto le norme riguardanti il personale addetto ai servizi sanitari degli enti locali. Le modalità di assunzione in servizio del personale stesso risultano pertanto regolate secondo i più razionali concetti. I concorsi per i posti di sanitario condotto ed ufficiale sanitario si sono finora espletati separatamente per ciascuno di essi. Ad evitare gli inconvenienti cui tale sistema ha dato luogo, si è adottato il criterio di indire periodicamente concorsi provinciali, mentre si sono stabiliti temperamenti allo scopo di tenere presenti le condizioni e le particolari esigenze dei Comuni maggiori.

Inoltre in relazione ai criteri generali invalsi nell'Amministrazione per il ringiovanimento dei quadri, nella considerazione che la mancanza di una forma che stabilisca i limiti di età per il collocamento a riposo del personale sanitario, ha non di rado determinato situazioni che si sono ripercosse in maniera dannosa sul servizio, si sono stabiliti tali limiti, e in relazione a questi anche quelli massimi di età per le assunzioni. Si sono per altro tenute presenti le condizioni particolari del personale ora in servizio e sono state pertanto adottate alcune norme onde assicurare al personale medesimo, anche in relazione alle vigenti disposizioni sulla Cassa di Previdenza dei sanitari, un equo trattamento di quiescenza.

Le norme che regolano lo stato giuridico del personale sanitario degli enti locali sono state poi, in quanto possibile, adeguate a quelle stabilite dalla Legge comunale e provinciale per ogni altro personale dipendente dagli enti medesimi.

Si è provveduto a rendere più efficace la vigilanza dell'autorità sugli esercenti le professioni e arti sanitarie e sugli ospedali, sanatori ed altri luoghi di cura ed occorrerà l'autorizzazione governativa per l'apertura di officine di prodotti chimici e medicinali. Al Ministero dell'Interno viene pertanto affidata la facoltà di dettare le norme generali alle quali devono uniformarsi i regolamenti speciali degli istituti ospitalieri predetti. A nessuno sfuggirà il particolare valore di una tale disposizione, destinata a recare sicuri benefici nella realizzazione di un ordinamento di servizi tecnici non solo uniforme e organico, ma altresì rispondente alle più moderne esigenze scientifiche.

Particolare cura ha richiesto anche il coordinamento delle disposizioni che si riferiscono all'igiene del suolo e dell'abitato. Meritano in proposito di essere ricordate le norme relative all'abitabilità delle case, alla raccolta dei rifiuti, quelle che daranno ai prefetti la facoltà di dettare le disposizioni contingenti per il regolamento d'igiene nei Comuni rurali. In considerazione dell'ottima prova offerta dalla legislazione fascista del 1923, vengono trasferiti nel nuovo Testo Unico i concetti che hanno ispirato la formulazione di misure sanitarie, intese a impedire il diffondersi delle malattie infettive e diffusive.

Importanti sono le disposizioni che concernono la facoltà di disporre la visita medica preventiva periodica per il personale addetto alla preparazione e vendita di alimenti e bevande, e la facoltà di richiedere che le persone addette a taluni mestieri nei quali sia facile la propagazione delle malattie veneree, presentino certificati medici attestanti le loro condizioni di salute.

Nell'intento di assicurare al nuovo Testo Unico la più larga e razionale applicazione, viene prevista la possibilità di emanare un regolamento generale.

**L'assistenza sanitaria ai lavoratori agricoli.**

Al fine di imprimere un maggiore impulso alla lotta contro l'infezione malarica dove ancora non è stata debellata del tutto, e rafforzare l'azione igienico-sanitaria e profilattica a favore delle classi lavoratrici, con particolare riguardo a quelle rurali, il commissario della Confederazione nazionale dei Sindacati fascisti dei lavoratori dell'agricoltura, on. Angelini, ha diramato alle organizzazioni provinciali importanti istruzioni circa l'azione igienico-sanitaria che i Sindacati di categoria debbono svolgere in seno ai propri iscritti.

La circolare, dopo avere esposto i punti più interessanti della legge, ha messo in evidenza il complesso dei servizi sanitari che coordinano e unificano la lotta antimalarica, illustrando i benefici dell'istituzione della tessera sanitaria, affida alle dipendenti Unioni provinciali l'azione di controllo, affinchè tutti i lavoratori vengano a trovarsi nelle condizioni volute dalla legge.

Il commissario della Confederazione richiama specialmente l'attenzione sulla necessità di una più rigorosa disciplina da dare all'intervento antianofelico, alla rinnovazione e al trattamento di raccolta delle acque stagnanti che propiziano lo sviluppo delle zanzare.

La circolare fa obbligo all'organizzazione di vigilare sull'applicazione delle norme relative, riferendo inoltre sul numero dei lavoratori impiegati in zone malariche e di quelli rientrati alle sedi e sullo stato della loro salute.

# CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACIREALE. *Municipio*. — Il concorso per la nomina del Direttore del Dispensario antitubercolare è revocato.

ALLUVIONI CAMBIÒ (*Alessandria*). — Scad. 31 lug.; L. 8000 e indennità accessorie; decurtazioni.

ALVITO (*Frosinone*). — Scad. 5 ag.; L. 9500 e 3 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

AREZZO. — (Vedere CORTONA).

BADIA TEDALDA (*Arezzo*). — Scad. 31 lug.; con Sestino; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., c.-v., per trasp. L. 3000, uff. san. L. 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

BARI. *Consorzio Prov. Antituberc*. — Scad. 30 sett.; direttori delle Sezioni di Gioia del Colle e di Putignato; L. 9000 e 4 quinquenni dec.; indennità. Età limite 45 a.; tassa L. 50,20. Rivolgersi al Presidente del Consorzio, via Dante Alighieri 42, Bari.

CALTAGIRONE (*Catania*). *Ospedale Civile Umberto I*. — Scad. 26 ag.; assistente nel Reparto Medicina; L. mille; età limite 35 a.; tassa L. 50. Rivolgersi alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

CARBONARA PO. — (Vedere MANTOVA).

CASERTA (*Napoli*). — Scad. 10 sett.; 7° Reparto (per Casagiove); L. 9500; ritenute; 5 quadrienni dec.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

CORTONA (*Arezzo*). — Scad. 16 ott.; uff. san.; L. 11.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 trasp., c.-v.; divieto libero eser.; età limite 43 a. Rivolgersi R. Prefettura di Arezzo.

DARFO (*Brescia*). — Scad. 10 sett.; per Casino Boario; L. 10.000 e 6 quinquenni dec., c.-v., trasp. L. 1548,80; età limite 35 a.

FERRARA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Il Presidente del Consorzio avverte che i concorsi indetti per due posti di assistente sanitaria visitatrice nel Dispensario Antitubercolare di Ferrara capoluogo, e per un posto di assistente sanitaria visitatrice della Sezione Dispensariale di Cento, sono prorogati al 31 luglio 1934.

FERRARA. *Consorzio Prov. Antituberc*. — Scad. 20 ag.; direttori medici delle Sez. dispensariali di Cento, Codigoro e Comacchio; L. 4000 ciasc.; età limite 45 a.

GORIZIA. *Consorzio Prov. Antituberc*. — Scad. 31 ag.; direttore del Consorzio e del Dispensario di Gorizia; L. 21.600 e 5 quinquenni dec.; riduzioni; età limite 35 a.

LANISCHIA (*Istria*). — Scad. 15 lug.; L. 9600 e 5 quadrienni dec., oltre L. 4000 cavalc.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

LECCO (*Como*). *Istituto Vittorio Emanuele III*. — È aperto il concorso per titoli alla Borsa di studio per un anno di perfezionamento in Tisiologia per medici che non abbiano superato il quarto anno di laurea; L. 3000, vitto, alloggio e funzioni di assistente. Inviare titoli e documenti alla Segreteria dell'Istituto non oltre il 15 agosto 1934-XII.

MAGLIANO DEI MARSI (*Aquila*). — Scad. 9 ag.; L. 9500 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

MASI (*Padova*). — Scad. 30 lug.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., c.-v., per trasp. L. 800, uff. san. L. 600, ambulat. L. 600; età limite 25-35 a.; tassa L. 50,10.

MESSINA. *Consorzio Prov. Antituberc*. — Scad. 15 ag.; medico direttore della Sezione dispensariale di Milazzo; L. 5000 e indennità complementari.

MOLINELLA (*Bologna*). — Al 25 lug.; per Selva Malvezzi.

ORVIETO. *Municipio*. — Scad. 31 lug., ore 12; una condotta; L. 8000 oltre L. 600 serv. att. e c.-v.; riduzioni e ritenute.

PERGINE. — (Vedere TRENTO).

POLA. *Ospedale « Santorio Santorio »*. — Concorso, per titoli, al posto di Medico primario e Medico aiuto per la divisione medicina (reparti di medicina comune, specializzato per malattie di petto e contagiosi). Ai due suddetti posti sono annessi i seguenti emolumenti: Per il Primario, stipendio base L. 10.000, suscettibile di 3 aumenti quadriennali di L. 1980, indennità di servizio attivo L. 2430, suscettibile anch'essa di tre aumenti quadriennali di L. 450. Per l'Aiuto, stipendio L. 7200, indennità di servizio attivo L. 1800. Ad ambedue i posti è annesso, in via provvisoria, il caro-viveri come per gli altri impiegati statali (decr. 23-6-1927 e 29-12-1927). Tutti gli accennati assegni si intendono al lordo delle riduzioni di cui ai RR. Decreti 20-11-1930 n. 1491 e 14-4-1934 n. 561 e delle ritenute per pensioni ed imposte.

Al Primario ed all'Aiuto spettano le compartecipazioni agli utili netti dei proventi per sopratasse di cura. Le domande in bollo da L. 3, accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del sumenzionato Ospedale, debbono pervenire alla predetta Segreteria non oltre le ore diciotto del 30 settembre 1934-XII.

REGGIO EMILIA. *Ospedale di S. Maria Nuova.* — Scad. 30 sett., ore 18; medico primario del Reparto di Radiologia e Fisioterapia; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., doppio c.-v., percentuali; doc. non anter. al 30 giu.; età limite 45 a. Chiedere avviso.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 30 agosto, ore 16; due primari ostetrici; titoli ed esami; L. 7800 e c.-v.; età limite 45 a. al 18 giu.; tassa L. 50. Rivolgersi alla Segreteria generale.

SANT'ANTONINO DI SUSA (*Torino*). — Scad. 10 sett.; con Varses; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indenn. alloggio, L. 600 se uff. san.; età limite 40 a.

SAVELLI (*Catanzaro*). — Scad. 20 lug.; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; età limite 35 a.

SERRAPEDACE (*Cosenza*). — Scad. 31 ag.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; trattenute e riduzioni; tassa L. 50,10.

SERRAVALLE SESIA (*Vercelli*). — Scad. 20 lug.; L. 7000 oltre L. 1800 trasp., L. 150 ambulat., c.-v.; riduzioni.

SIENA. *Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò.* — Scad. 31 ag., ore 12; due medici di Sezione; lire 12.000 e 5 quadrienni dec., c.-v.; età limite 35 a.; doc. non anteriori al 15 giu. Chiedere annunzio. Rivolgersi Segreteria Società di Esecutori di Pie Disposizioni, via Roma 41, Siena.

TRENTO. *Amministraz. Prov.* — Scad. 18 ag., ore 16; medico di Sezione dell'Ospedale Psichiatrico Provinc. con sede a Pergine; L. 11.600 oltre L. 2800 serv. att., aumentabili. Chiedere avviso.

UDINE. *Ospedale Civile di S. Maria della Misericordia.* — Proroga 30 sett., ore 18, per i posti annunziati nel fasc. 15.

**AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.**



---

CONCORSI A PREMI.

*Premio internazionale di ginecologia e d'ostetricia.*

La « Société belge de gynécologie et d'obstétrique », depositaria dei fondi avanzati dall'ultimo Congresso internazionale di ginecologia e di ostetricia, ha deciso di destinarli alla costituzione di un premio quadriennale, dell'importo di 10.000 franchi belgi, da assegnare all'autore dei lavori giudicati migliori, nel campo della specialità, comparsi ogni volta durante il quadriennio. La prima assegnazione sarà fatta nel luglio 1938. I lavori possono essere scritti in francese, inglese, italiano, spagnolo o tedesco e devono essere inviati in doppio esemplare. Rivolgersi al segretario, Dr. M. Cheval, rue Alphonse Hottat 16, Bruxelles, Belgio.

*Concorso internaz. al Premio Cesare Lombroso.*

Il VI concorso internazionale al Premio Cesare Lombroso pel 1934 si chiuderà il 31 luglio 1935. Il VII concorso si chiuderà col 31 dicembre 1935.

Ciascun premio, di lire mille, sarà accompagnato da una targa in bronzo.

I concorsi saranno giudicati dalla Direzione dell'« Archivio di Antropologia criminale », via Legnano 26, Torino (118); modalità consuete.

I concorrenti potranno trattare qualsiasi argomento di Antropologia criminale e in qualsiasi forma.

*Premi « Rachele Paolucci ».*

È aperto il concorso ai due premi intitolati alla memoria della mamma di S.E. l'on. Raffaele Paolucci. I due premi, uno di lire mille, l'altro di lire cinquecento, saranno assegnati alle migliori memorie di argomento di Patologia o Clinica chirurgica, sia sperimentale, che di compilazione, a giovani laureati da non oltre tre anni in qualunque Università, ma che abbiano condotto il lavoro per il quale concorrono in un Istituto Clinico della Università di Bologna. I lavori devono essere inviati alla Segreteria dell'Università di Bologna non oltre il 15 ottobre 1934.

---

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

*Cavaliere*: prof. Michele Landolfi, Napoli.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

*Grand'Ufficiali*: proff. A. Lattes, Genova; Giuseppe Mariani, Bari.

*Commendatori*: proff. C. Gallenga, Parma; G. Di Guglielmo, Catania; G. Ferrarini, Pisa; O. Fragnito, Napoli; P. Livierato, Genova; G. Memmi, Grosseto; G. B. Pellizzi e A. Pieri, Pisa; R. Ciauri, Bari.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Angelo Mirolli, in clinica chirurgica e medicina operatoria; Marino Benvenuti, in clinica neuropatologica; Edgardo Barbanti Silva, Bruno Buzzi, Giovambattista Contardo, Innocenzo Odescalchi, Luigi Roffo, Ovidio Timpanaro, in clinica ostetrica e ginecologica; Mario Acqua, Luigi Cerza, Carlo Corrado, Benedetto De Luca, Filippo Ferraro, Luigi Greppi, Italo Marcialis, Baudolino Mussa, Oreste Pentagna, Anna Pinelli, Vincenzo Pintozzi, Mario Scarzella, in clinica pediatrica; Arrigo Foà, Desiderio Perotti, Arrigo Pirazzoli, Francesco Stoppani, Ferdinando Talia, in radiologia medica.

Il prof. Heinrich Heimer, di ginecologia ad Heidelberg, ha accettato la chiamata a Monaco, quale successore di A. Döderlein, nominato emerito.

Il dott. José A. Presno Bastiony, è nominato rettore dell'Università di Avana.

# NOTIZIE DIVERSE.

**Società fra i patologi ospedalieri italiani.**

Viene organizzata dal prof. Franco D'Alessandro, direttore dell'Istituto di anatomia patologica dell'Ospedale Maggiore di Bergamo.

Secondo uno schema di statuto e di regolamento, la Società comprende anatomo-patologi e laboratoristi.

Ha lo scopo di promuovere, coordinare, diffondere il lavoro scientifico di questa categoria di medici; valorizzare la specialità e provocare la sua diffusione in tutti gli Ospedali del Regno, almeno in quelli dei Capiluogo di Provincia; stabilire rapporti fra i cultori di essa specialità. Si riunirà almeno una volta all'anno per trattare argomenti scientifici e professionali e promuoverà anche altre manifestazioni scientifiche, corrispondenti allo scopo.

Ne sono soci fondatori i titolari degli Istituti ospedalieri anatomo-patologici e di ricerche cliniche esistenti all'atto della costituzione della Società. Possono essere soci ordinari, previa domanda, accettata dall'Ufficio di Presidenza, i titolari dei detti Istituti che nell'avvenire venissero a coprire posti di nuova istituzione. Potranno essere soci temporanei gli aiuti, assistenti ed interni laureati dei singoli Istituti.

I soci fondatori pagheranno per il primo anno L. 50 e per gli anni successivi L. 25; così i soci ordinari. I soci temporanei pagheranno L. 10 annue.

Chiedere lo schema di statuto e di regolamento al prof. D'Alessandro.

**Raduno di medici fascisti a Sirmione.**

Un raduno di varie centinaia di medici condotti fascisti dell'Associazione del Pubblico impiego, al quale hanno presenziato il prefetto, il segretario federale e le maggiori autorità della provincia, si è tenuto a Sirmione, presso le Terme, presieduto dal fiduciario del Pubblico impiego Carè. Sono stati presi in esame importanti problemi di medicina sociale in rapporto con le nuove possibilità dei progressi della scienza e si sono pure trattati i problemi interessanti la categoria e specialmente l'azione dei medici condotti come milizia del Regime, prospettata nella relazione del dott. Lazzaroni. Il Convegno è culminato in una vibrante dimostrazione al Duce.

**Gabinetto di medicina sportiva a Bari.**

In ossequio alle direttive del Regime, che vuole lo sviluppo razionale dell'atleta, è stato impiantato presso l'Università di Bari un gabinetto di medicina sportiva del G.U.F. Tale gabinetto è il primo del genere stabilito per i G.U.F. d'Italia. Esso è corredato di numerosi e moderni apparecchi per le valutazioni biotipologiche e funzionali degli sportivi. Con tale istituzione s'intende dare sempre maggiore incremento alla medicina sportiva, la quale non si limita al lato infortunistico, che di essa rappresenta un'appendice, ma va oltre, perchè tende a scopi altamente sociali e politici. Con questa disciplina, si provvede all'orientamento sportivo e alla sorveglianza dell'atleta durante gli allenamenti, per evitare i danni derivanti dall'esercizio fisico superiore alle possibilità energetiche dei soggetti.

**Corsi di puericultura.**

La presidenza dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità ed Infanzia, in base all'esito molto soddisfacente dei « corsi di puericultura prenatale e postnatale per medici e per levatrici » svoltisi nel 1933, ha fissato che i corsi siano ripetuti nel corrente anno.

Ha disposto che, ad eccezione dei due premi precedentemente fissati (uno di lire 300 e l'altro di 200), da assegnarsi ai primi due classificati agli esami, gli altri otto premi (quattro da L. 300 e quattro da L. 200) debbano essere assegnati, sempre in ordine di merito, esclusivamente a medici ed a levatrici di comuni rurali. Detti premi dovranno essere corrisposti al netto di ogni ritenuta.

Un'altra sensibile agevolazione è stata adottata sopprimendo la tassa di esame e diploma e lasciando solo quella di iscrizione ai corsi nella misura di L. 50 per i medici e L. 30 per le levatrici.

**I " volontari del soccorso " nella Croce Rossa.**

Il Presidente generale della Croce Rossa Italiana, sen. Cremonesi, ha disposto che i Comitati e Sottocomitati, in mancanza di personale regolarmente arruolato e per integrare le squadre di soccorso con elementi specializzati, possono, in via eccezionale, inscrivere del personale volontario aggregato, che andrebbe a costituire i « volontari del soccorso ». Questo personale non ha alcuna veste giuridica, essendo esso esclusivamente borghese. L'iscrizione dei volontari del soccorso deve essere limitata a quel personale ausiliario che, pur essendo disposto, in speciali circostanze, a prestare il suo soccorso, non intende contrarre arruolamento.

Possono far parte del personale volontario aggregato anche i componenti le organizzazioni giovanili del Regime, purchè di età non inferiore ai 17 anni.

**Un Istituto del cancro a Parigi.**

Il 26 giugno il Presidente della Repubblica Francese, Albert Lebrun, ha inaugurato una Sezione ospedaliera che completa l'Istituto del cancro di Parigi. I laboratori erano già stati inaugurati nel 1930, dal Presidente Doumergue.

La recente cerimonia ha offerto l'occasione di un riconoscente omaggio al sen. Paul Strauss, che, quale ministro dell'igiene, aveva promosso l'istituzione. Essa è stata anche un vero trionfo per il direttore dell'Istituto, prof. Roussy, che lo ha progettato ed organizzato.

I nuovi edifizî permettono di ospitare 158 malati. L'attrezzamento è dei più perfezionati. Notiamo che la Sezione di curieterapia, diretta dalla sig.ra Laborde, dispone di una bomba di 5 grammi di radium e di un altro quantitativo di 2 grammi del prezioso metallo in tubi ed in aghi. Il laboratorio di radiografia, diretto dal dott. Belot, è dei più completi. Si è fatto larghissimo uso dell'elettricità: una vera officina di generatori e trasformatori fornisce e ripartisce l'energia.

Dal punto di vista scientifico, l'Istituto dipende dall'Università di Parigi; dal punto di vista amministrativo, appartiene al Dipartimento della Senna. (Notiamo che le diarie sono: 38 franchi per gli assistiti dal Dipartimento della Senna, 48 per quelli di altri Dipartimenti, 65 per i paganti).

**L'esercizio dell'odontologia nel Belgio.**

Un decreto reale, pubblicato recentemente sul « Moniteur », stabilisce che l'arte dentaria nel Belgio può essere esercitata solo da chi è fornito del certificato di dentista ovvero del diploma in scienza dentaria.

I dottori in medicina che hanno ottenuto la laurea sotto il regime delle leggi anteriori a quella del 21 maggio 1929, possono esercitare l'arte dentaria senza restrizioni. Quelli che hanno ottenuto la laurea sotto il regime della legge predetta possono, invece, esercitare l'arte dentaria solo se ne hanno ottenuto la licenza. Essi tuttavia sono autorizzati a praticare gli atti che rientrano nel dominio della chirurgia e, quindi, della medicina generale, p. es. le avulsioni dei denti. Sono anche autorizzati, in casi d'urgenza, ad applicare calmanti, medicazioni ed a procedere ad occlusioni temporanee.

**Alle fonti di Fiuggi.**

Il 10 giugno oltre 150 laureandi in medicina dell'Università di Roma hanno visitato le fonti di Fiuggi.

Alla sede podestarile gli ospiti furono ricevuti dal prefetto della provincia, dal segretario federale, dal podestà, dal segretario politico e da tutte le altre autorità del luogo. Il podestà di Fiuggi pronunciò un applauditissimo discorso.

Dopo un'accurata visita alle fonti, i proff. S. E. Parravano e Frugoni illustrarono l'importanza nazionale delle acque minerali, i problemi scientifici d'idrologia, e in particolare l'azione terapeutica delle acque di Fiuggi.

Infine fu servito un sontuoso pranzo.

**Un po' dovunque.**

La Conferenza internazionale per il campionamento delle vitamine si è adunata a Londra dal 12 al 14 giugno, sotto la presidenza del dott. E. Mellanby, del « Consiglio delle Ricerche Mediche » dell'Inghilterra; l'Italia vi era rappresentata dal prof. P. Di Mattei, di Pavia.

La Lega internazionale delle Società della Croce Rossa è addivenuta ad un'intesa con la Federazione aeronautica internazionale, per promuovere la propaganda a favore dell'aviazione sanitaria. La F. A. I. ha designato tre delegati incaricati di mettersi in rapporto con la Lega: maggiore Goodfellow (Inghilterra), generale Piccio (Italia) e maggiore medico Ch. Sillavaerts (Belgio).

Il 9° Congresso francese sulla tubercolosi si adunerà dal 17 al 20 aprile 1935 a Rabat (Marocco). Temi: « Il compito dell'ultravirus in patologia umana e sperimentale »; « Indicazioni e risultati della toracoplastica nel trattamento della tubercolosi polmonare »; « La tubercolosi e la lotta antitubercolare nell'Africa del Nord ». Sede della Segreteria: boulevard Saint-Michel 66, Paris.

La 9ª assemblea quadriennale della Società Medica Giapponese si è tenuta a Tokio; vi hanno partecipato 5620 membri; i lavori sono stati divisi in 33 sezioni; sono state fatte 2512 comunicazioni!

La Società tedesca d'infortunistica, medicina assicurativa e sociale si adunerà il 12 e il 13 ottobre a Würzburg, nella Clinica chirurgica, sotto la presidenza del prof. König. Per informazioni rivolgersi al Prof. Dr. F. König, Chirurg. Univ.-Klinik, Würzburg; oppure al Prof. Dr. zur Verth, Fontenay 8, Hamburg 36.

La Società Dermatologica Tedesca si adunerà dal 7 al 10 ottobre in Berlino. Per informazioni: Deutsche Dermatologische Gesellschaft, Charité-Institut, Luisenstr. 2, Berlin NW 7.

L'Associazione Generale dei Dentisti del Belgio, Società Reale, presieduta dal dott J. Rosenthal, ha celebrato, il 23 giugno, il 25° anniversario della Scuola dentaria belga. Intervennero alla cerimonia i rappresentanti di varie scuole dentarie e di università straniere.

Si è tenuta a Londra una conferenza degli ospedali privati della Gran Bretagna e dell'Irlanda; vi hanno partecipato l'Associazione degli ospedali britannici e l'Associazione del corpo sanitario ospedaliero. Si è rilevato che in Inghilterra esistono 400 piccoli ospedali in piena attività.

Presso gli Ospedali Riuniti di Salerno è stato organizzato un ciclo di conferenze. La prima conferenza fu tenuta il 29 giugno, dal prof. Boeri, della R. Università di Napoli.

Il prof. Fernand Arloing di Lione ha tenuto a Genova una conferenza sulle più moderne conoscenze relative al virus tubercolare, in rapporto anche alla lotta sociale antitubercolare.

Per iniziativa della gestione statale delle Regie Terme di Salsomaggiore, è stato inaugurato allo stabilimento Berzieri un ciclo di conferenze culturali con un discorso del sen. Cappa sulla medicina nella nuova Italia. L'oratore ha esaltato le provvidenze del Regime per la tutela della sanità della stirpe.

La Facoltà di Medicina dell'Ateneo di Genova ha deciso di proporre ed ottenere che venga istituito presso quella R. Università un corso di idrologia affidato ad appositi titolari.

Il 13 maggio sono stati inaugurati i nuovi padiglioni della Colonia sanatoriale « Principe di Piemonte » in Bassano sul Grappa. In seguito agli ultimi ampliamenti, la Colonia risulta ora formata di 12 fabbricati, sopra un'area di 6 ettari, di cui 1,4 coltivati a orti e frutteti.

Il Re d'Inghilterra ha inaugurato la prima sezione dell'Ospedale Mentale del « Middlesex County Council » a Shenley Hertforshire. È il primo grande ospedale costruito in Inghilterra dopo la guerra; potrà ospitare 2000 malati; costerà 520.000 sterline (circa 3 miliardi di lire it.).

La principessa Elena Vittoria ha inaugurato, a Brentwood, un ospedale la cui prima pietra era stata collocata da lei stessa lo scorso anno.

All'« East Suffolk Ipswich Hospital », diretto da Lord Moynihan, è stato aperto un nuovo insieme di servizi, per pazienti privati; ne fanno parte 30 camere ad un letto e molte camere a tre e quattro letti.

Il principe Umberto ha inaugurato a Santa Severa (Roma) la nuova Colonia per figli degli ospedalieri romani.

Gli assistenti universitari di Palermo si sono recati a Termini Imerese per visitarvi gli stabilimenti termali; sono stati cordialmente accolti dal podestà, dal segretario politico del Fascio e dal direttore sanitario delle Terme.

Si è iniziata la pubblicazione degli « Helvetica Medica Acta », a cura della Società Svizzera di Chirurgia, della Società Svizzera di Medicina Interna e della Società Ginecologica della Svizzera tedesca; sono diretti dal dott. E. Bircher (Aarau) e dal prof. A. Gigon (Basilea). Nel primo fascicolo, di 156 pagine, in bella veste tipografica, sono raccolte relazioni su due problemi importanti: la diagnosi dell'ileo acuto e il trattamento dell'ipertensione arteriosa; vi sono contenuti anche varî lavori originali. L'abbonamento importa, per 6 fascicoli, fr. svizzeri 32. La pubblicazione è edita da Benno Schwatz & Co., Basilea.

Si è costituito in Argentina un « Comité de Información Bibliografica », che editerà una pubblicazione periodica, in quattro lingue, sull'attività scientifica dell'Argentina.

Il dott. Emilio de Grósz, presidente del Comitato internazionale per la lotta contro il tracoma, ha festeggiato il suo 30° anno d'insegnamento nella cattedra oftalmologica dell'Università di Budapest.

È stato celebrato a Lione il centenario della nascita di Alfonso Gayet, celebre oftalmologo.

È stata aperta in Spagna una sottoscrizione per erigere un monumento al dott. Antonío Garcia Tapia, che fu una delle celebrità mediche di Madrid.

La Commissione giudicatrice del concorso di secondo grado per un monumento a Camillo Golgi, dell'Università di Pavia, ha segnalato il lavoro dello scultore Alfonso Marabelli, di Pavia. Il Comitato per le onoranze a Camillo Golgi ha deliberato di affidare al menzionato artista l'esecuzione dell'opera.

Dopo il bando tipo per le costruzioni edilizie ed architettoniche e quelle per i piani regolatori, la Reggenza nazionale del Gruppo Ingegneri edili sanitari ha preparato il bando tipo per le costruzioni ospedaliere, la cui pubblicazione è stata affidata alla rivista della categoria « L'Ingegnere ».

Il Consiglio di Amministrazione del Consorzio edilizio della R. Università di Firenze ha indetto due concorsi fra ingegneri ed architetti italiani per i progetti di massima di un edificio destinato alla clinica chirurgica generale e istituti annessi la cui spesa non dovrà superare le L. 3.355.000 ed un edificio destinato all'Istituto di igiene la cui spesa non dovrà superare le lire 1.663.000. La commissione potrà assegnare premi per un totale di L. 46.000.

Con R. Decreto in data 7 giugno è stata revocata la dichiarazione di zone malariche per i territori di molti comuni della provincia di Roma.

Il Ministero di Sanità della Czocoslacchia ha organizzato un'azione antitracomatosa nella Slovacchia; nel 1933 questa comprendeva 105 stazioni antitracomatose, ripartite in 10 distretti; furono censiti 12,037 casi ed alla fine dell'anno ne erano in cura 7727.

A Bologna il Gruppo Rionale Fascista che s'intitola all'eroico Filippo Corridoni ha istituito, dallo scorso Natale di Roma, il « Libretto sanitario », per iniziativa del dott. Angelo Coppola, direttore dell'Ufficio sanitario del Gruppo. Esso funziona ottimamente: comporta visite mediche periodiche e si dimostra di molto valore profilattico.

A New York la proporzione di primipare, nelle morti da parto, è stata di 33 % nel 1930; di 44,03 % nel 1931; di 45,18 % nel 1932.

Secondo rilievi del prof. C. Burger, della Facoltà medica di Budapest, nel 1919 le applicazioni di forcipe alle partorienti furono colà in misura di 1,88 %, e nel 1931 di 6,6 %; le operazioni cesaree sono passate, nello stesso periodo, da 0,34 % a 2,02 %.

Nelle Indie inglesi muoiono 650.000 persone all'anno di tubercolosi; ammettendo che ad ogni caso di morte ne corrispondano dieci di malattia, i tubercolotici in atto sarebbero sei milioni e mezzo.

Si annunzia da New York che i dottori W. Park e H. Wirt-Jackson e la dott.a J. Neal hanno trovato un nuovo siero contro la poliomielite anteriore acuta e che lo stanno sperimentando sopra se stessi l'efficacia.

In occasione del primo Congresso internazionale di elettro-radio-biologia che avrà luogo a Venezia dal 10 al 15 settembre sotto la presidenza del sen. Guglielmo Marconi, presidente dell'Accademia d'Italia e del sen. Volpi di Misurata, il Ministero delle Comunicazioni, Direzione generale delle Poste e Telegrafi, comunica che saranno emessi, a cura dello Stato, due tipi di francobolli del valore di centesimi 30 e di centesimi 75 riproducenti l'effigie di Luigi Galvani, il medico e fisico bolognese pioniere dell'elettro-radio-biologia.

Una buona notizia per i medici belgi: la Direzione generale del Ministero delle Finanze ha soppresso le tassazioni doppie di cui erano gravati i medici che esercitano la professione libera e che sono addetti ad Enti. (Negli introiti di liberi professionisti si computavano, prima, anche gli stipendi, per i quali veniva così ad essere corrisposta una doppia tassa).

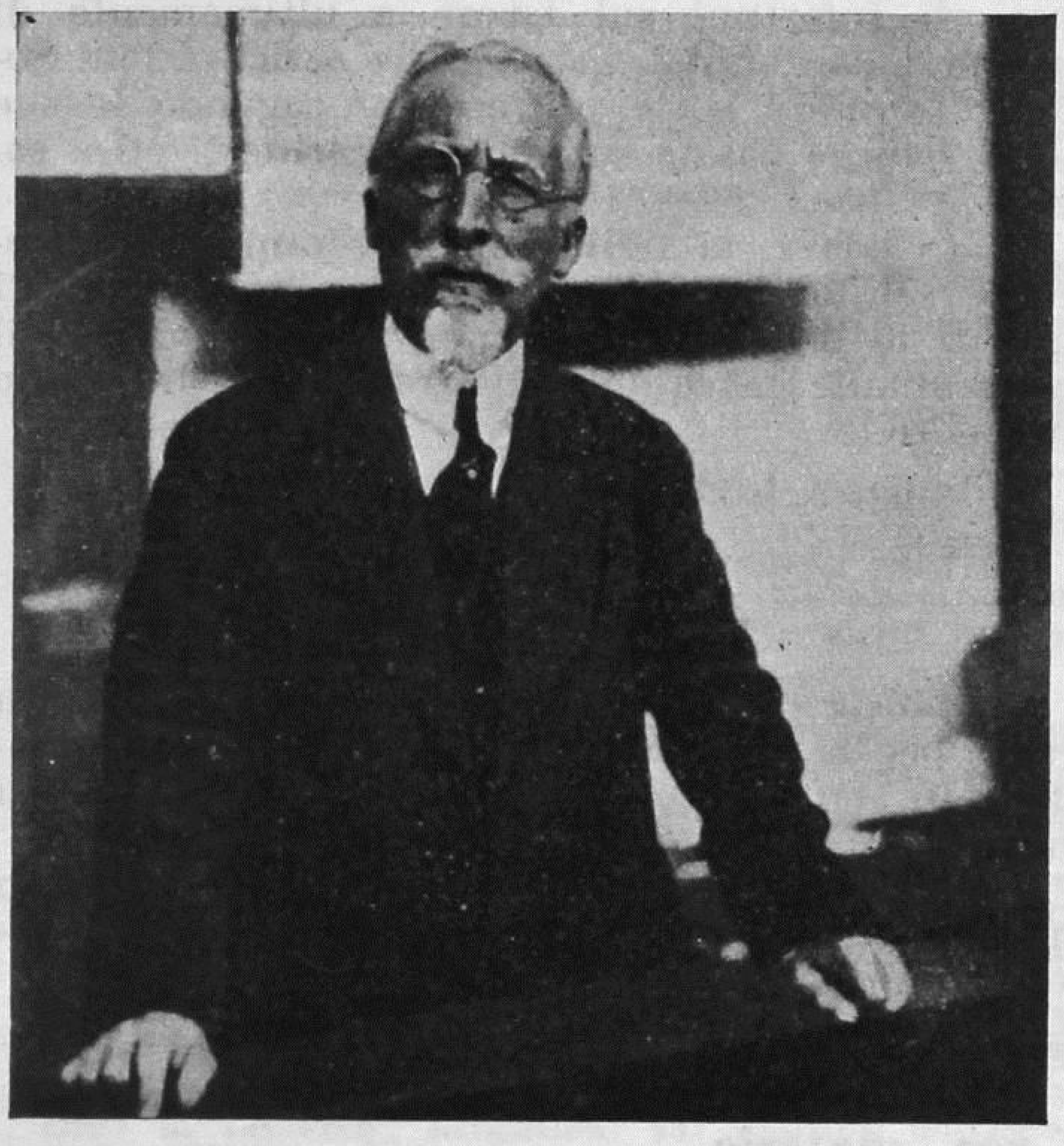
Il dott. Pietro Prossimo, medico a Spaccaforno (Ragusa), ha offerto allo Stato un esteso fondo, numerosi fabbricati e 100.000 lire per l'istituzione di una scuola di agraria.

Il 24 giugno fu disputato il campionato medico di tennis, nel giardino di una Casa di salute al boulevard Suchet in Parigi; esso è stato vinto dal dott. Girod, nominato campione pel 1934. Un torneo avrà luogo in settembre; iscrizioni presso: Maison de Santé, boulevard Suchet 77 & 79, Paris XVIe.

« Un medico ubbriacone rappresenta un pericolo per la collettività » ha dichiarato un Tribunale di Berlino, che ha prescritto l'internamento in casa di salute di un medico dedito all'alcool.

# SALVATORE OTTOLENGHI

Il prof. S. Ottolenghi, il 7 giugno u. s. in mezzo ad un'aula affollata di studenti, dopo oltre 45 anni di insegnamento, tenne in questa Università, la sua ultima lezione.



Al termine di questa, dopo aver ricordato i doveri del medico nella missione di tutela della salute dell'individuo ed in quella ugualmente elevata della salute della società, dopo aver riconfermata l'importanza della funzione sociale della medicina nella formazione di una sana e vera coscienza etica, dopo aver con intensa commozione ricevuto il plauso degli allievi e dei numerosi suoi studenti, fu colto là, sul luogo del lavoro, da un violento attacco di angina; proprio in quell'aula ove aveva per tanti anni esercitato la sua funzione di Maestro, proprio in quell'Istituto la cui costruzione dapprima, e la sua funzione di poi, aveva costituito il coronamento della sua lunga opera.

Per più ore giacque in una saletta dell'Istituto, tra la vita e la morte; poi, fu trasportato nella sua abitazione, ove, con un alternarsi di speranze e di sconforti nell'animo della famiglia e dei suoi allievi, il 28 giugno si spense.

Riassumere le elevate doti di mente e di cuore di questo Maestro, non è facile, tanta è stata la sua multiforme attività scientifica e didattica, tanta è stata l'elevatezza del suo modo di pensare e di operare di apostolo e di cittadino.

Io, che per più di 30 anni gli sono stato vicino, che ho sempre vissuto nella sua orbita, che ho con lui condiviso tutte le sue gioie e tutte le sue amarezze, posso bene attestare quanto queste brevi note che sto scrivendo con commosso animo sieno inferiori al vero.

*Salvatore Ottolenghi*, nato ad Asti nel maggio 1861, laureatosi nel 1884, aiuto di Cesare Lombroso fino al 1893, durante il qual tempo sempre intensamente collaborò con lui nei più interessanti studi specie di antropologia criminale e nella poderosa opera dell'« *Uomo delinquente* », salì alla Cattedra di Medicina Legale di Siena nel gennaio del 1893, poi, per concorso, a quella di Roma nel 1903.

Sin dall'inizio dell'insegnamento, ebbe come suo programma specifico la diffusione, l'ampliamento, l'organizzazione, l'attuazione del concetto basale dell'idea Lombrosiana, delle sue principali applicazioni specie nelle funzioni di polizia.

Fu quindi uno dei primi a preconizzare la necessità della trasformazione della Polizia empirica in Polizia scientifica, e questo suo programma che iniziò sin dal 1896 con un corso universitario a Siena, lo sostenne in numerose pubblicazioni ed in una rivista di Polizia Scientifica che diresse insieme con l'Alongi; lo attuò con la fondazione a Roma nel 1902 di una Scuola di Polizia Scientifica dalla quale sono usciti migliaia di funzionari che per tutta Italia hanno diffuso la parola del Maestro.

Ma l'Ottolenghi non fu solo il fondatore di una Scuola, fu anche il sostenitore e l'attuatore di un metodo scientifico sperimentale orientato essenzialmente alle conoscenze antropo-psicologiche dell'uomo che delinque, metodo che Egli estese a tutte le funzioni della Polizia, dal segnalamento al sopraluogo; dalle testimonianze allo studio pratico del delinquente, ai fini di conoscerne la pericolosità base di ogni misura di prevenzione, metodo di cui fa testo la « Cartella Biografica del pregiudicato ».

Questo indirizzo dall'Ottolenghi dato alla Scuola di Polizia, nella quale si svolgono tutti i più moderni tecnicismi scientifici; questo « *indirizzo biologico* » per la speciale conoscenza della personalità del delinquente, indirizzo nato in Italia e che si sta diffondendo per tutto il mondo, costituisce una vera gloria di Salvatore Ottolenghi. Accanto a questa Sua opera, si deve ricordare la Sua appassionata attività didattica e scientifica.

Nel 1903, a Roma Egli trovò che l'insegnamento era esclusivamente teorico e cattedratico, e subito ne iniziò la trasformazione.

Il primo Istituto di Medicina Legale di questa Università era situato in un ristretto andito del vecchio Ospedale di S. Spirito, ove si trascorrevano numerose ore per preparare le lezioni dimostrative che Egli dal suo primo anno di insegnamento volle iniziare.

Nel 1903, ottenne dal Municipio di Roma l'esercizio della « Morgue », allora a S. Bartolomeo all'Isola, che trasformò in un vero e proprio Istituto. In quei ristretti locali si impartirono lezioni, si eseguirono esercizi, si praticarono autopsie, si fecero ricerche cliniche, sperimentali, casistiche nei più diversi campi della Medicina Legale. Ne fanno fede oltre cento monografie sui più svariati campi della Medicina forense.

Più tardi, ottenne che fosse creato un vero e proprio Istituto di Medicina Legale che fu inaugurato nel 1923 e che comprese numerose sezioni: i laboratori, la biblioteca, il museo medico-legale, uno dei più ricchi di Italia, i diversi servizi di autopsie e di Morgue, le aule per le sezioni cadaveriche, per gli esercizi e per le lezioni, Istituto ove affluisce un'enorme materiale didattico.

Basti dire che ivi convengono tutti i cadaveri di morte violenta, tutti quelli che debbono essere sottoposti a visita giudiziaria, in media oltre mille cadaveri l'anno.

La produzione scientifica del Maestro è enorme, ed è impossibile riassumerla in ristretto spazio.

I suoi studî sui sensi dei delinquenti, quelli riguardanti l'azione dei batteri sulla tossicità dei

veleni, sulla docimasia istologica e radiografica dei neonati, sulla sensibilità, sulla suggestione, sull'infortunistica ecc., sono universalmente conosciuti e citati, insieme con i vasti trattati di Polizia Scientifica e di Psichiatria forense, redatto quest'ultimo in collaborazione con il prof. S. De Sanctis.

Non si possono chiudere queste brevi note, senza far cenno oltre che alla sua attività scientifica e didattica, fervidamente mantenutasi sino agli ultimi giorni, anche alle altre sue eminenti doti di cittadino e di animatore.

Qualunque argomento, Egli animava e lo faceva vivere, idealizzandolo, sicchè la sua parola, piena di fervore, di entusiasmo, di sentimento, trascinava coloro che lo ascoltavano i quali, se pur talora dissenzienti, non lo contraddicevano, tanta era la fede con la quale Egli esponeva la folla delle Sue idee che gli tumultuavano nella mente.

E questa fede, quest'entusiasmo, Egli metteva in tutte le manifestazioni della Sua intensa vita intellettuale ed affettiva, di Maestro, di cittadino, di padre. Fu tra i primi ad abbracciare la fede fascista, alla quale era trascinato dal suo alto ideale di giustizia, di lavoro, di disciplina, fu tra i primi a comprendere la forza etica del nostro Regime, e a tale fede uniformò il suo atteggiamento, la sua condotta, l'educazione della famiglia, i suoi doveri, di fronte alla patria, alla famiglia, a sè stesso.

Superfluo riassumere tutte le onorificenze di cui era insignito, tutte le cariche che occupò per la fiducia dei governanti e degli studiosi. Rappresentante del Governo al Congresso di Medicina Legale di Bruxelles nel 1910 e in quello di Polizia di New York nel 1925, membro della Commissione Consultiva per il Regolamento degli Infortuni sul lavoro e della Commissione Centrale arbitrale per gli infortuni agricoli, fondatore per più anni della Società di Medicina Legale di Roma, membro di numerose Accademie mediche italiane e straniere, presidente nel II Congresso Medico Internazionale per gli Infortuni sul lavoro e ultimamente di quello di Medicina Legale e delle Assicurazioni Sociali, ovunque portò, diffuse, propagandò le sue idee, sempre basate su un alto spirito di etica sociale.

Alla Vedova, ai figli, vada il commosso e riverente saluto dei colleghi, degli allievi, di tutti quanti lo conobbero, al quale saluto si unisce il condogliante ossequio della redazione di questo periodico.

Roma, 4 luglio 1934-XII.

ATTILIO ASCARELLI.

---

La morte della signora MARIA CURIE segna un lutto per la medicina, poichè la scoperta del radium è stata suscettibile di preziose applicazioni in terapia.

La CURIE è rimasta vittima della scienza, in quanto ha contratto una disemia progressiva dovuta ad intossicazione da radium.

## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

**Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.**

ANNO XLI Roma, 23 Luglio 1934 - XII Num. 29

# “IL POLICLINICO„

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



# LEZIONI

CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.

## Diabete e colecistite litiasica.

LEZIONE CLINICA

del prof. FRANCESCO GALDI, direttore.

L'inferma che vi presento stamattina, non offre difficoltà diagnostiche, ma darà luogo alla disamina di alcuni rapporti su i quali si è richiamata anche recentemente l'attenzione.

Vedremo che certe forme morbose possono manifestarsi contemporaneamente nello stesso individuo; e la clinica è chiamata a decidere, fin dove è possibile, se le diverse entità nosologiche, pur così varie per particolari atteggiamenti e sintomatologie, abbiano o meno dei rapporti fra di loro. Nel caso affermativo dovrà poi decidersi se tali rapporti finiscano per accomunare le entità stesse ad un unico elemento etiologico o meccanismo patogenetico, o siano tali da far pensare alla dipendenza dell'una dall'altra malattia. Come è facile comprendere, tutto ciò ha grande valore non solo pei riflessi prognostici della diagnosi, ma specialmente per la terapia.

Trattasi di una donna di 55 anni, coniugata, nella cui anamnesi familiare non vi è alcuna nota che riguardi malattie del ricambio. Il padre morì a 70 anni in seguito ad ictus apoplettico, la madre a 55 anni per una neoplasia della lingua, una sorella per una forma tubercolare in giovane età: due fratelli ed una sorella sono viventi ed in buona salute.

La p. nacque a termine dalla 1ª gravidanza. Mestruò tardivamente a 19 anni, ma le mestruazioni si son seguìte sempre regolari: da cinque anni è in menopausa. Sposatasi a 23 anni con un uomo sano, ha avuto quattro gravidanze, tutte condotte felicemente a termine, seguìte da allattamento al seno. Due figli morirono dopo la nascita per cause imprecisabili; due figlie sono vive e sane. Ha abitato sempre case umide e mal soleggiate, ha esercitato per diversi anni il mestiere di tessitrice, ma senza sottoporsi ad eccessivo lavoro; è stata buona mangiatrice e discreta bevitrice, prediligendo i cibi ricchi di carboidrati e le sostanze piccanti.

Delle comuni malattie dell'infanzia ebbe a 13 anni la parotite che si trascinò piuttosto a lungo; ma da allora fino all'epoca della menopausa, avvenuta intorno al cinquantesimo anno, dice di non aver mai sofferto alcun disturbo. In tale contin-

genza, oltre a lievi fenomeni vasomotorî, ronzii agli orecchi ed un senso di peso alle regioni lombari, cominciò ad avvertire un forte senso dell'appetito che le buone condizioni dell'apparato digerente le permettevano di soddisfare anche con cibi grossolani. Vi era altresì un senso abnorme di sete, che richiedeva copiose tracannate di acqua. L'urina era abbondante e chiara. La p. non credette che questo complesso di fatti rappresentasse una condizione morbosa, e tirò innanzi senza ricorrere al medico fino a due anni or sono, quando si accorse che le funzioni dell'apparato digerente non si compivano più così bene come per lo innanzi. Essa avvertiva talora nausee improvvise con eruttazioni acide e presentava crisi diarroiche seguìte di solito da stipsi. In un intervallo di relativo benessere tra queste crisi, senza aver fatto alcun disordine dietetico, fu colta da un dolore vivo alla regione ipocondriaca destra che si esacerbava nella fase inspiratoria e s'irradiava al dorso ed alla spalla dello stesso lato. Comparve anche vomito acquoso di sapore amaro e di colorito giallo-verdastro, senza residui alimentari.

L'alvo che nel frattempo si era alquanto regolarizzato, si fece improvvisamente stitico con feci cretacee. Contemporaneamente le urine erano diventate intensamente pigmentate in rosso-bruno con schiuma di colorito giallastro, mentre la cute andava assumendo un colorito schiettamente itterico. Vi era prurito intenso della cute e xantopsia, ma l'inferma non sa riferire in modo preciso se vi fosse o meno presenza di febbre.

Il dolore, calmatosi dopo ripetute iniezioni di oppiacei, si mutò in una dolenzia diffusa all'ipocondrio destro. Ricoverata nell'Istituto della Patologia speciale medica di Pisa, divenne dopo pochi giorni intensamente itterica; e poichè le fu riscontrato, oltre alla glicosuria, un'elevata glicemia, fu sottoposta ad un trattamento insulinico. Fu inoltre riscontrata, all'esame radiologico, presenza di calcoli nella colecisti. Uscita dopo due mesi e mezzo dall'Istituto, fu in grado di riprendere le sue occupazioni ed è stata abbastanza bene negli ultimi due anni, sebbene avvertisse talvolta ronzii agli orecchi, sensazioni di dito morto, obnubilamento della vista e prurito. Erano scomparse però quasi del tutto la polifagia, la polidipsia e la poliuria.

Circa cinque mesi fa ha avuto un nuovo attacco doloroso caratterizzato dai medesimi sintomi innanzi descritti. Rimase poco tempo a letto, indi vi fu una sosta del male; ma gli accessi, con periodi più o meno lunghi d'intervallo, si sono ripetuti con varia intensità fino a qualche settimana indietro, allorchè una nuova colica si è improvvisamente riprodotta in maniera quasi stereotipata, ma con l'aggravante di una febbre alta preceduta da brividi. Persistendo tale sintomatologia e decadendo le condizioni nutritive, l'inferma chiede ricovero in Clinica per consiglio del medico.

*Stato presente.* — Tipo costituzionale orientato verso il paracentrale superiore. Cute giallastra, arida, con dermografismo rosso, tardo a comparire, ma persistente, e strie da grattamento alla superficie delle avambraccia e delle gambe. Ai muscoli ed al pannicolo adiposo sottocutaneo note di deperimento organico. Decubito indifferente. Polsi 92 senza alcuna irregolarità, respirazioni 28; pressione Mx. 140, Mn. 95. Temperatura febbrile a tipo fortemente remittente, talvolta intermittente, con elevazioni fino a circa 39° C., spesso precedute da brividi, come innanzi si è detto.

Mucose congiuntivali di colorito itterico assai intenso; lieve tinta cianotica alla mucosa prolabiale. Lingua arida, ricoperta di patina grigio-giallastra; orletti gengivali fortemente arrossati, un po' tumidi; dentatura guasta.

Torace con apparente uguaglianza del diametro antero-posteriore e del trasverso; angolo del Louis fortemente pronunziato, angolo epigastrico retto. Fremito vocale tattile alquanto diminuito in corrispondenza delle basi polmonari; sulla base destra respiro aspro. Niente altro di abnorme.

Aia cardiaca di aspetto normale; itto della punta al 5° spazio intercostale sinistro, un po' all'indentro della linea emiclaveare. Il peduncolo vascolare sporge lievemente verso destra dal manubrio sternale. Il 2° tono assume un timbro piuttosto rude sul focolaio aortico.

Addome di aspetto globoso con varie smagliature gravidiche sulle regioni laterali ed inferiori. La palpazione generica superficiale non provoca dolore, nè pone in rilievo alcun fatto patologico, mentre la profonda provoca una forte contrattura di difesa se si esercita in corrispondenza della regione sottoepatica, ove si produce un dolore specie in sede della cistifellea. Nessuna traccia di liquido libero nel cavo peritoneale.

Limite superiore del fegato sul margine superiore della sesta costola lungo la emiclaveare; il margine inferiore sporge per circa due dita trasverse dall'arcata costale e si presenta liscio ed arrotondato: la superficie dell'organo è regolare, la consistenza alquanto aumentata. In corrispondenza della linea emiclaveare prolungata si avverte sotto il margine suddetto una massa oblunga, a superficie un po' bernoccoluta, a contorni sfumati, mobile con gli atti respiratorî, fortemente dolente alla palpazione profonda. Sulla linea xifo-ombelicale il margine inferiore del fegato si trova fra il terzo superiore ed il terzo medio.

Per quanto concerne la milza, il limite superiore raggiunge la 8ª costola, l'anteriore oltrepassa di poco la linea ascellare media; non si palpa il polo inferiore dell'organo. L'aia di Traube è alquanto diminuita di ampiezza a spese del limite destro.

Nulla d'importante a carico dei reni e del sistema nervoso.

*Esame dell'urina*: quantità giorn. cmc. 1350, peso sp. 1030, urea gr. 19 ‰, cloruri gr. 7 ‰, assenza di albumina, presenza di pigmenti biliari in discreta quantità, tracce di urobilina, glucosio gr. 10 ‰, assenza di acetone. Nel sedimento qualche leucocito non degenerato, modico sfaldamento epiteliale delle ultime vie genito-urinarie; scarsi depositi di urati amorfi; non cilindri nè globuli rossi.

*Esame del sangue*: gl. rossi 3.950.000, gl. bianchi 8500, Hb. 75, val. gl. 0,97. Formula leucocitaria: polin. neutr. 67, eosinofili 5, basofili 9, linfociti piccoli 19, medi 5, grandi 2; cellule endotelioidi 2 %.

Reazione d'Hijmans v. d. Bergh: diretta +++; indiretta ++.

Reazione di Wassermann — — — —.

Reazione di Müller — — — —.

Glicemia a digiuno 2,20 ‰.

Riducendo gl'idrati di carbonio a 48 gr. *pro die*, il che si ottiene con un litro di latte (ed a questa

razione è stata sottoposta l'inferma per alcuni giorni), abbiamo visto ridursi la glicemia a 1,60-1,30 ed assistito alla scomparsa della glicosuria.

La curva glicemica, praticata col carico di 100 gr. di saccarosio quando a digiuno segnava 1,60, ha dato il seguente reperto: Dopo la 1ª ora del carico la glicemia sale a 2,20, il glucosio in 250 cmc. di urina raggiunge la cifra del 22 ‰; dopo 2 ore la glicemia arriva a 2,30, il glucosio in 65 cmc. di urina è in proporzione del 19 ‰; dopo 3 ore la glicemia è di 2,40, il glucosio in 120 cmc. di urina sale a 23 gr. ‰; finalmente dopo 4 ore la glicemia è di 2,50, mentre in 250 cmc. di urina si trova il 25 ‰ di glucosio.

Le indagini radiologiche, può dirsi in breve, hanno messo in evidenza una colecistite abitata da calcoli.

*
* *

Ci troviamo senza dubbio in presenza di due malattie bene accertate dall'esame clinico e dalle ricerche di laboratorio: una colecistite calcolosa e un diabete. Il nostro compito è quello di non discutere sulla diagnosi che s'impone da sè, ma di vedere se e fino a qual punto le due forme morbose abbiano dei rapporti fra di loro.

Comincerò per dirvi che l'associazione di una colecistopatia col diabete è un'evenienza non frequente, ma forse nemmeno così rara come si credeva una volta: negli odierni Trattati vi si accenna più di prima, e noi stessi ne abbiamo veduto qualche altro caso a breve distanza di tempo.

Fin dal 1891 Gans aveva comunicato delle osservazioni sulla glicosuria transitoria nella calcolosi biliare; ma in genere i vecchi clinici avevano notato casi di diabete associati a sintomi di un'affezione delle vie biliari, specialmente la calcolosi (Bouchard, Dieulafoy, Gilbert e Lereboullet, Quénu e Duval, Patella, ecc.), sebbene Cardarelli affermasse la rarità di tale coincidenza e Naunyn la negasse addirittura. La questione fu risollevata da Heisberg nel 1914 e da Joslin nel 1923; ma è stata portata più recentemente sul tappeto da Katsch nel 1928 e poi da Molnar, Haug e Wohrmann, a cui han fatto seguito le osservazioni di Wiechmann nonchè quelle di Strauss. Quest'ultimo A. asserisce che il diabete consecutivo ad una colecistopatia è raro, mentre tale non sarebbe la combinazione di ambedue le affezioni (nel 15 %) ed aggiunge che nel 18 % dei casi s'incontrano lievi e passeggeri disturbi del prancreas, ma senza glicosuria, in dipendenza da una colecistopatia.

Le statistiche, come spesso succede, sono molto variabili in proposito. Von Noorden osserva che nel 2,3 % dei diabetici si presenta una calcolosi biliare, Zinn si mantiene alla medesima stregua (2,2 %), ma Seckel sale al 6 %, Achard al 10 %, Joslin al 15 %, Molnar al 22,3 % e Haug e Wohrmann arrivano fino al 24 %. Il nostro Schupfer però, al Congresso di Medicina interna del 1923, affermava di aver poche volte riscontrato una glicosuria in seguito a pancreatite complicante una colelitiasi.

A leggere gli AA. si ha l'impressione che sia più facile una colecistopatia fra i precedenti o in concomitanza di un diabete anzichè una colecistopatia conseguente ad una manifestazione diabetica.

Le contradizioni in letteratura fra scrittori più antichi e più moderni sono spiegate col maggior numero di diabetici e di colecistitici diagnosticati oggidì per i migliori mezzi biologici e radiologici di cui disponiamo; senza escludere il reale aumento di queste malattie che va notandosi da un tempo a questa parte. In Sicilia, un allievo di M. Ascoli, il Cannavò, il quale si è occupato dei rapporti fra diabete e splancnopatie addominali, ha descritto otto casi di colecistite sfociante in diabete, oltre un nono caso in cui il diabete era stato preceduto da una complessa sindrome duodeno-colecisto-pancreatica.

A guardare bene addentro in questi rapporti, non possiamo fare a meno d'incontrarci con una o più delle varie interpretazioni che si sono proposte dai vari osservatori. Ma è bene rilevare fin d'ora che, mentre una volta si credeva che ogni colecistopatia fosse calcolotica e per conseguenza i rapporti si stabilissero per diabete e calcolosi biliare, oggi invece si parla di rapporti fra colecistopatie e diabete in senso più largo, in quanto si sa che la colecistite, con la periviscerite colecistica, non è sempre obbligatoriamente accompagnata a formazione di calcoli.

Deve però convenirsi che i calcoli possono precedere una colecistite o esserne la conseguenza per ragioni che non è questo il momento di esaminare; sicchè, trattandosi di processi cronici, nella maggior parte dei casi la colecistite finisce per essere *abitata*, come dicono i chirurgi. D'altra parte certe flogosi viscerali sono per sè stesse favorite dalla componente costituzionale che nel caso concreto è l'artritismo; onde le colecistite, pure riconoscendo il microbismo come la causa efficiente del processo morboso, riconosce nella composizione della bile, per quanto concerne la colesterina ed il nucleoproteide, alcuni elementi importantissimi per un difficile deflusso (colostasi) e per il virulentarsi dei germi. Naturalmente intervengono altri fattori particolarmente meccanici; ma la meiopragia degli elementi muscolari della colecisti e le facili congestioni sono anche elementi che non van-

no trascurati quando si parla di diatesi artritica.

È ovvio, dopo tutto ciò, che la prima delle interpretazioni dei rapporti in discorso sia quella del terreno costituzionale neuro-artritico su cui diabete e colecistopatia, specie la colecistite calcolosa, possono innestarsi. Negli antichi Trattati, e basterebbe citare quello classico del Cantani (1872), la calcolosi epatica era descritta nel novero delle malattie del ricambio: più tardi venne in campo la teoria infettiva della Scuola di Naunyn, e più tardi ancora la teoria mista, infettiva e costituzionale insieme, della Scuola di Gilbert.

Sul terreno comune dell'artritismo i rapporti fra le due forme morbose in discussione sarebbero su per giù gli stessi che s'incontrano tra nefrolitiasi e diabete: anzi secondo il Molnar la coincidenza fra calcolosi renale e diabete sarebbe anche più frequente, e pure non si va affatto a pensare ad un rapporto diretto fra alterazione renale ed alterazione pancreatica. Finalmente non sono rari i casi in cui nella stessa famiglia, in via ascendente, discendente o collaterale, s'incontrano alternative di calcolosi epatica e di diabete; e perciò non è difficile concepire come l'una e l'altra infermità si possano riscontrare su lo stesso individuo costituzionalmente predisposto.

Come seconda interpretazione bisogna tener conto di eventuali disturbi endocrini, specialmente della ipofunzione delle ghiandole sessuali nella donna, onde si origina un aumento di colesterina nel sangue e per conseguenza la facilità di una colecistopatia, mentre si esaurisce la funzionalità dell'organo insulare (ipopancreatismo endocrino) e s'inscena una sindrome diabetica. In tali condizioni può anche aversi un'achilia gastrica, nè mancano ricerche per dimostrare proprio in questi casi un tasso glicemico piuttosto elevato.

Un terzo modo di considerare i rapporti in discussione è quello sostenuto da Horwitz, per il quale la colecistopatia succederebbe al diabete in virtù dei depositi di colesterina che, dato il disturbo del metabolismo dei grassi nel diabete, si accumulano nel fegato, come del resto succede anche nella tubercolosi grave e negli stati d'inanizione. Spostandosi, infatti, i grassi dai tessuti per essere bruciati, dislocano anche la colesterina, in prevalenza poi gli eteri colesterinici; ed i grassi in genere prendono nel fegato il posto del glicogeno, tanto è vero che la iperlipemia diabetica non è più dimostrabile allorchè il glicogeno si deposita di bel nuovo nell'organo sotto la cura insulinica.

A queste vedute di ordine costituzionalistico e biochimico si contrappongono quelle di ordine anatomo-patologico. Secondo Heisberg, Joslin ed Umber non si tratta di un rapporto funzionale tra le due affezioni, ma di un rapporto meccanico, in quanto la infiammazione si propagherebbe dalla colecisti al pancreas, e dalla pancreatite si svolgerebbe poi il diabete. Ma il chirurgo Mayo Robson osserva che il genere della pancreatite indotta in questo modo, essendo di massima una forma interlobulare, non verrebbe a ledere su vasta scala le insule, donde la rarità dell'associazione. Ad ogni modo secondo una tale veduta il diabete sarebbe consecutivo alla colecistopatia. Finalmente Haug e Wohrmann pensano che da una colecistopatia si possa passare al diabete o per causa delle lesioni epatiche o attraverso le lesioni epatiche, le quali finiscono per interessare anche il pancreas, con l'avvertenza che per lo più sono compromessi ambedue gli organi.

Si sono fatti recentemente degli studi sia clinici che sperimentali dal Fedeli sulle lesioni infiammatorie del fegato in seguito alla colecistite, mentre è ormai acquisito nei Trattati che alle lesioni del fegato specie d'indole cirrotica si accompagnano abbastanza spesso lesioni del pancreas ed anche dell'intestino riproducenti su per giù lo stesso tipo indurativo e retrattile. Anche il Bolognesi, con ricerche istologiche praticate su pezzetti di fegato prelevati durante gl'interventi sulla colecisti, ha notato alterazioni che vanno da un'epatite infiltrativa e fibrosa di minore o maggiore rilievo a quelle di tipo cirrotico-degenerativo e spesso anche emorragico.

Le vedute patogenetiche di ordine anatomico, dunque, tendono ad ammettere un diabete secondario alla colecistopatia; e questa opinione è anche seguìta da un gruppo di AA., tra cui figurano Katsch, Bauer e Bürger. Importa intanto notare un fatto che risulta da questa patogenesi per via anatomica, ed è la prova della nessuna necessità che si tratti proprio di una colecistite calcolosa, mentre ogni colecistopatia può dar luogo, pei meccanismi ora esposti, ad un'affezione pancreatica (pancreatite cronica) con consecutivo diabete.

Come si è visto finora, la questione ha appassionato i ricercatori più di quello che si sarebbe creduto a prima vista; e negli ultimi tempi sono stati più i chirurgi che i medici a interessarsene. Nè son mancate delle prove sperimentali. Così il Semino, della R. Clinica Chirurgica di Genova, dopo aver dimostrato dallo spoglio di 232 cartelle di individui affetti da lesioni delle vie biliari che uno soltanto presentava zucchero nelle urine, riferisce di aver provocato nei cani una colecistite speri-

mentale per vedere come si comportasse la glicemia per un periodo di due mesi. Sacrificati gli animali, si trovò la cistifellea raggrinzita e sclerotica, il fegato macroscopicamente normale, il pancreas diminuito di volume e di consistenza con gravi lesioni degenerative a carico degli acini e delle cellule insulari. In 4 cani su 7 si era notata una glicemia fino a gr. 1,78 ‰ senza però glicosuria; e l'A. osserva che, per quanto sia innegabile a prima vista un certo rapporto fra iperglicemia e lesioni pancreatiche, pure il disturbo del ricambio dei carboidrati si potrebbe riferire alle lesioni del fegato che si associano alla colecistite. Egli però si è fermato al solo aspetto macroscopico del fegato che per giunta era normale, senza procedere all'esame istologico. Comunque, i suoi esperimenti convalidano il fatto che le alterazioni della colecisti possono ledere più o meno profondamente il pancreas, che è l'organo principalmente compromesso nella sindrome diabetica. S'intende bene che questa sarà tanto più facile a manifestarsi quanto più sarà presente una predisposizione organica negl'infermi.

***

È parso che io mi sia allontanato dal caso clinico che mi proponevo illustrarvi, per toccare alcuni problemi i quali sono generalmente di spettanza della patologia; ma ho sentito la necessità di accennarvi perchè di solito non se ne parla nei libri che vanno per le vostre mani.

Torniamo adesso alla nostra paziente. E domandiamoci se si riscontrino ragioni nell'anamnesi familiare e personale che inducano a pensare a una disposizione costituzionale a malattie del ricambio, facendo rientrare in queste, per una certa parte almeno, anche la calcolosi biliare. Ricorderete facilmente che nulla si è notato a tal proposito nel gentilizio. L'inferma però, tra le ragioni condizionali della sua vita, ha a suo carico un'abbondante alimentazione fatta a base di carboidrati e aromatizzata con sostanze piccanti: il che vorrebbe dire un'alimentazione che, oltre a stancare particolarmente i meccanismi del ricambio idrocarbonato, ha prodotto senza dubbio un eccesso di lavoro epatico ed un'irritazione dell'ambiente vascolare dell'organo specie nell'ambito dei vasi biliari.

Vi è stata dunque una disposizione acquisita o condizionale, non una predisposizione costituzionale, alla colecistopatia e al diabete; ma i disturbi che prima si manifestarono, coincidendo con l'epoca della menopausa, furono quelli del diabete con polifagia, polidipsia, poliuria: sindrome questa che, classicamente enunciata, tante volte poi non osserviamo nella pratica. Solo due anni fa, ossia tre anni dopo l'inizio della sindrome diabetica, l'inferma andò dal medico quando insorse la fenomenologia dolorosa in sede colecistica con febbricole serotine, ittero, prurito, feci acoliche ed astenia. Ed ora può dirsi che la sindrome colecistitica nettamente calcolosa è quella che maggiormente s'impone, tanto è vero che l'inferma è venuta in Clinica non solo con un intenso ittero, ma anche con febbre alta e fegato grosso, alquanto aumentato di consistenza, ma con superficie liscia e margine netto ed arrotondato. Oltre a ciò si ha chiara la sensazione palpatoria di una cistifellea oblunga e bernoccoluta.

Noi certamente non sappiamo nulla della prima fase del diabete che insorse cinque anni or sono, perchè nessun medico vide l'inferma e tanto meno furono praticate ricerche; ma dall'imponenza della triade sintomatologica innanzi accennata e dalla notizia che in un altro Istituto fu riscontrata un'alta glicemia per cui si credette opportuno ricorrere subito al trattamento insulinico, possiamo desumere che non dovette trattarsi di un diabete lieve, ma per lo meno di un diabete di media intensità. Ora è a comune conoscenza che ogni caso di diabete si appunta al pancreas e non è più il caso di parlare di un diabete schiettamente epatico, pur convenendo che il fegato ha grande importanza nella complessa patogenesi del diabete. Qui non si tratta di una glicosuria più o meno semplice e transitoria che dipende talvolta da uno squilibrio dell'anello extrapancreatico del metabolismo idrocarbonato, comprendendo in questo anello anche il fegato, perchè non solo la glicemia di 2,20, con la quale l'inferma venne in Clinica, è già alta e la curva glicemica si è comportata come un'ordinaria curva di diabete insulare, ma anche perchè abbiamo visto che l'inferma stessa non tollera che appena 50 gr. di carboidrati; e quando abbiamo voluto elevarne il tasso di ben poco, somministrando oltre il litro di latte un po' di sostanze proteiche e di grassi, si è visto rapidamente innalzarsi lo specchio glicemico e la quantità della glicosuria, e peggio ancora, è comparsa qualche traccia di chetoni nell'urina; onde subito si è passati al trattamento insulinico.

D'altra parte, dato e non concesso che le alterazioni epatiche sostenessero per sè sole la patogenesi di questo diabete, ci saremmo atteso che le peggiorate condizioni dell'organo (come erano quelle dell'inferma al suo ingresso in Clinica) avessero aggravato il diabete: il che assolutamente non è avvenuto.

Non ci vuole molto per comprendere come le condizioni funzionali del fegato siano venute peggiorando sia per un'aumentata consistenza dell'organo, sia per una sofferenza diretta dell'elemento cellulare, donde per lo meno una parte e talvolta non indifferente dell'ittero. Prima di tutto è evidente, oltre l'affezione della colecisti, un processo di angiocolite diffusa, con febbre a tipo fortemente remittente fino al tipo intermittente, che si eleva a circa 39 C. ed è l'espressione classica di un'infezione delle vie biliari. Una colecistite per quanto calcolosa non darebbe luogo ad un ittero se rappresentasse un processo limitato alla vescichetta biliare; nè l'ittero con feci scolorate può eventualmente rappresentare una ostruzione del coledoco mediante un calcolo, poichè avremmo avuto ben altra sintomatologia dolorosa. I calcoli, come la radiologia li ha dimostrati, sono e rimangono nella cistifella. Essendo qui presente la reazione di v. d. Bergh diretta, non è meraviglia che sia positiva anche la reazione indiretta, la quale, come dimostrò il nostro Monasterio, non è specifica della vera e propria bilirubina indiretta. E poichè non abbiamo alcun segno clinico nè ematologico di un'eventuale emolisi, ne segue che tutta la bilirubina diffusa in circolo deve avere un'origine epatica: val quanto dire un'origine meccanica per ostruzione delle vie biliari escretrici, ed un'origine dinamica per deficienza funzionale della cellula epatica. Di qui l'assoluta necessità di un pronto e continuato trattamento insulinico da una parte per combattere il diabete che deve riconoscere una genesi pancreatica, dall'altra per rafforzare con la fissazione dei depositi di glicogeno la cellula epatica. Se ciò non si facesse, le condizioni di questa cellula, già compromesse dall'infezione biliare, potrebbero peggiorare sotto l'influenza del diabete, ossia per la deficienza dell'ormone pancreatico; e per conto proprio anche il diabete correrebbe l'alea di qualche improvviso aggravamento con lo scatto della sindrome chetonemica. Perciò si consiglia in questi casi, con maggiore scrupolosità che in altri, una provvida cura insulinica.

Ammesso un diabete pancreatico, possiamo credere che il diabete abbia dato luogo, con l'eccesso di colesterina, alla calcolosi epatica ed alla sindrome epato-colangitica?

A me pare che l'idea dell'Horwitz abbia molto di teoretico. Perchè il metabolismo dei grassi sia disturbato in modo da generare una ipercolesterinemia capace di dar luogo ad una calcolosi epatica, è necessario che vi sia in campo un diabete assai grave, generalmente con sindrome chetonemica: ciò che è molto lungi dal caso nostro. D'altronde, se l'aumento della colesterina può fino ad un certo punto renderci ragione di una calcolosi del fegato, non è in grado di spiegarci completamente ogni altra colecistopatia con la quale pure si è trovato associato il diabete. Ma anche nei riguardi della calcolosi si è detto che non basta la sola ipercolesterinemia a produrla; altrimenti ne soffrirebbero una quantità di arteriosclerotici, nei quali il tasso colesterinico è ordinariamente piuttosto alto.

Nel caso in esame si potrebbe sollevare la questione che, secondo l'anamnesi, il diabete si manifestò circa tre anni prima che insorgessero i segni della colecistopatia, i quali risaltarono sopra uno sfondo di colite. Che la colecistite, e quindi anche una colecistite calcolosa, si trovi spesso associata ad una colite, è un'evenienza clinica ben conosciuta; ma possiamo noi credere che la colecistite e per giunta calcolosa si costituisse proprio quando ne vennero in iscena i fenomeni? Ciò non è ammissibile perchè in generale i fatti si preparano di lunga mano, favoriti particolarmente nella donna dalle gravidanze con l'ipercolesterinemia della gestazione e con la colostasi per il difficile discarico della bile. Nel caso nostro poi un altro fattore deve considerarsi nella menopausa, che favorisce i perturbamenti del ricambio e le stasi degli organi; onde non è lecito dare importanza alcuna all'apparente precedenza della sindrome diabetica.

Non rimane dunque che un'ultima possibilità: lo sviluppo cioè del diabete in seguito alla colecistopatia. Ma qui si presenta un dilemma: trattasi di un diabete pancreatico per lesioni del pancreas indotte dal fegato alterato secondariamente alla colecistopatia, o per alterazioni pancreatiche direttamente collegabili alla malattia della cistifellea?

Può rispondersi subito che quando si manifestarono cinque anni or sono i sintomi classici del diabete, non potevano già sussistere alterazioni epatiche di un certo valore, come quelle, ad es., che mettono capo ad un'epatite cellulo-vascolare nel campo dei vasi biliari e che finiscono per compromettere, nel quadro di una cirrosi secondaria, anche il periepate; donde la facilità di una pancreatite cronica per contiguità o particolarmente per via linfatica, senza escludere la via sanguigna e la via canalicolare del pancreas. Queste alterazioni, in verità, non possono ammettersi dall'esame obiettivo nemmeno adesso, quando cioè vediamo progredite abbastanza notevolmente le lesioni delle vie biliari fino alle stes-

se cellule epatiche, col massimo focolaio delle alterazioni nel campo della cistifellea.

Le alterazioni dovevano essere allora limitate alla cistifellea con la produzione dei calcoli o per lo meno con un avviamento ad essi; ed ora che vanno sempre meglio studiandosi i disturbi e le malattie del pancreas, sappiamo come le pancreatiti croniche, rimanendo spesso circoscritte al solo reperto anatomico senza dare *intra vitam* alcun sintoma, riconoscano assai di frequente una colecistite litiasica (Quénu e Duval, Donati, Brocq e Migniac ecc.). Il processo flogistico si propaga in maniera assai lenta per il tramite linfatico-sieroso, essendo il pancreas, e particolarmente la testa, un crocevia di parecchie correnti linfatiche, come è del resto anche la stazione retropancreatica.

Non è a credere però che fra le visceropatie soltanto la colecistite abitata sia capace di dar luogo ad una pancreatite cronica per propagazione di germi o di materiali tossici, ma molte affezioni addominali, da una colecistite non calcolosa all'ulcera gastrica o duodenale, dall'appendicite alla colite, son capaci di produrre una pancreatite. Il Leotta con la sua Scuola assegna molta importanza, dal lato patogenetico, alla sindrome dell'addome destro da lui descritta, e chiama in causa, oltre le vie innanzi accennate, anche la via epiploica. La pancreatite cronica, in altri termini, sarebbe nè più nè meno che un particolare aspetto evolutivo della sindrome dell'addome destro, che in genere si estrinsecherebbe per un lento processo di peritonite cronica a partenza appendicolare.

Senza entrare nella questione se tassativamente il processo debba partire dal peritoneo periappendicolare o non possa muovere anche da altre zone di peritoneo, come il pericolecistico, il periduodenale e il pericolico, sta il fatto che il Leotta afferma di aver trovato in simili circostanze alla biopsia chirurgica non poche volte il pancreas duro e bernoccoluto con sintomi di deficienza del ricambio carboidrato; e due suoi allievi, il Rossi ed il Rindone, hanno dimostrato che esiste un'alterazione nella secrezione esocrina e endocrina del pancreas perfino nel 50 % dei casi.

Possiamo dunque concludere che, ammesso un vero e proprio diabete a fondo pancreatico nella nostra inferma, esso deve metter capo ad una pancreatite cronica e può avere dei rapporti di dipendenza da un *primum movens* di colecistite, che qui si appalesa come una colecistite litiasica. Ma è mestieri subito ricordare che già di per sè stessa la glicosuria non è un sintoma costante nella storia di una pancreatite cronica, la quale, nei reperti del Leotta, si è dimostrata più che altro nella sezione destra del pancreas e particolarmente verso la testa. Sicchè non è lecito riferire in maniera semplicistica il diabete della nostra inferma ad una pancreatite consecutiva alla colecistopatia. Un rapporto è innegabile, ma è un rapporto valorizzato, per così dire, da qualche altra ragione; e questa nella fattispecie non può essere che una condizione congenita od acquisita nella condotta della vita.

Sebbene nulla risulti nel gentilizio circa eventuali malattie del ricambio, pure possono manifestarsi nel processo ontogenetico dell'individuo imperfezioni evolutive di certi organi che ne costituiscono una meiopragia, specie quando gravi sopra di essi, con l'avanzarsi degli anni, una fatica che logori. Si può dire ciò particolarmente per il pancreas quando si parla del ricambio dei carboidrati. Ma tutto questo è nel campo delle ipotesi, sulle quali non dobbiamo molto fondarci in materia clinica. Più logico invece è dar peso al fatto anamnestico positivo della sovrabbondante alimentazione a base di sostanze idrocarbonate: ciò che costituiva una volta la teoria più salda in materia di patogenesi del diabete, e come tutte le teorie conteneva una parte di verità.

Dato il bisogno di una cura insulina specialmente in vista della concomitante lesione delle vie biliari con sofferenza della cellula epatica, il trattamento fu subito iniziato con quantità modiche dell'ormone insulare. Visto infatti che la paz. tollerava 48 gr. di carboidrati con 1 litro di latte senza acetone nell'urina, si poteva concludere, nello stato presente, per un caso di diabete fra medio e lieve, mentre l'anamnesi faceva pensare che in un certo momento le cose erano state più serie. La complicanza però delle lesioni nel campo del fegato ne rendevano la prognosi più riservata per un possibile aggravamento del metabolismo. Le unità insuliniche somministrate non hanno oltrepassato la cifra di 20, divise in due metà, ciascuna naturalmente prima di ogni pasto. In tal modo, calcolando 1 unità di insulina per lo smaltimento di gr. 1,5 di carboidrati, si poteva contare su 75-80 gr. di carboidrati tollerabili dall'inferma; e tale quantitativo si è somministrato con una dieta a poco a poco abbastanza varia, la quale è stata portata fino al valore di 1600 calorie. Il tasso della glicemia è disceso fino a 1,10-1,05, il glucosio è scomparso dall'urina, e questi fatti si sono constatati anche qualche giorno in cui si è sospeso il trattamento insulinico. Noi

intanto per prudenza lo continueremo ancora per qualche tempo, riducendo le unità da 20 a 10 *pro die*.

Per quanto concerne le condizioni delle vie biliari e del fegato in genere, insisteremo particolarmente sull'urotropina per via interna, e meglio ancora per via endovenosa; e già qualche buon effetto si è visto specie sulla temperatura e sull'ittero, seguendo una dieta a base di latte, patate, olio di ulivo, pesce in bianco, purea di verdure, qualche mela cotta. Nel tempo stesso gioveranno le acque alcaline che mitigano il catarro delle vie biliari e convogliano più agevolmente la bile nell'intestino; ma ci asterremo dai farmaci che possano eventualmente contribuire alle contrazioni della cistifellea, la quale è meglio che entri in una fase di riposo, senza convellimenti dei calcoli, perchè si calmino i dolori e si attutisca la virulenza della flora batterica responsabile del processo infettivo.

*Nota dal diario ulteriore.* — La tolleranza per i carboidrati che con modiche dosi d'insulina si manteneva discreta, non persistette in un primo tempo dopo la sospensione graduale del farmaco: essa invece si dimostrò persistente dopo un nuovo periodo di terapia insulinica, parallelamente al migliorare della sindrome colecistitica. Scomparve infatti lo stato itterico, le feci si colorarono e si andò dileguando la dolenzia in corrispondenza della regione colecistica. Al momento dell'uscita dalla Clinica anche il fegato si era molto ridotto di volume ed era scomparsa ogni traccia di urobilinuria.



# OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA

SALA GENGA

Prim. medico: Prof. dott. TOMMASO LUCHERINI

## Contributo clinico allo studio della pleurite colesterinica.

NOTA CLINICA

per il dott. RODOLFO PRIMANGELI, assistente.

La presenza di colesterina nel liquido pleurico fu resa nota da Naunyn per un'osservazione comunicata nel 1865; successivamente Mèhu segnalò un caso di liquido pleurico anormalmente ricco di detto lipoide. Dobbiamo però a Churton nel 1881 la prima descrizione dettagliata di un caso della malattia in discorso. Da allora la letteratura di questa si è molto arricchita, per il contributo di AA. italiani (Ascoli ecc.) e stranieri.

*Etiologia.* La causa più accertata dalla maggioranza degli AA. è la tubercolosi. La dimostrazione sicura che il bacillo di Koch sia la causa della P. C. si è avuta soltanto per alcuni casi: mediante la ricerca del bacillo di Koch nel liquido pleurico, nell'espettorato, con la inoculazione del liquido pleurico nelle cavie (Trigaud e Barbier), con passaggi successivi in un'altra cavia del materiale filtrato ottenuto da una linfoglandola mesenterica della cavia inoculata precedentemente e che all'autopsia non mostrava segni di tubercolosi evidenti (Bevere): infine col reperto anatomo-patologico di casi venuti a morte per malattie intercorrenti (Jan Stokmann). Per molti casi però la tubercolosi non è stata potuta dimostrare (Bouillard e Nativelle); è anche vero che in alcuni di questi casi: o non è stato ricercato il bacillo di Koch nell'escreato e nel liquido pleurico o non si è praticata la prova biologica o non si è avuto il controllo autopsico.

La lues: nei casi in cui questa esisteva si associava alla tubercolosi (Fiessinger).

Cause predisponenti: 1) generali: intossicazioni esogene: alcoolismo cronico specie in associazione alla tubercolosi. Precedenti morbosi: affezioni epatiche.

2) Locali: lesione pregressa della pleura rappresentata da traumatismi, infiammazioni croniche: ciò perchè per aversi un deposito di colesterina nel liquido pleurico e in un organo in genere è necessaria l'alterazione cronica di questo. Welkmann e Blok hanno dimostrato sperimentalmente questo fatto nella

pleura dopo averla traumatizzata con sali d'uranio.

Patogenesi: La controversia circa la modalità di sviluppo della P. C. si vede già dai pareri discordi circa la sua definizione.

*a*) È un deposito locale di colesterina essendo questa aumentata nel sangue oltre il tasso normale? Chauffard crede che ogni ipercolesterinemia cronica tende a produrre manifestazioni locali di colesterina. Nella tubercolosi, specie nelle forme fibro-caseose, questa verrebbe ad aumentare al contrario delle forme acute dove verrebbe a diminuire. Per altri AA. la pleurite colesterinica vorrebbe definirsi come uno xantoma pleurico, rimanendo uguale nella patogenesi allo xantelasma, ai calcoli biliari di colesterina, ai tofi gottosi. Per altri (Izar), vi è sinergismo tra fattore ematico: ipercolesterinemia e fattore pleurico: la colesterina in eccesso nel sangue si scarica nella pleura ove la diminuzione dei fermenti lipolitici conduce alla precipitazione del lipoide. Bignami nel suo lavoro così si esprime: « Si può pensare che come nei tessuti necrobiotici si depositano spesso dal plasma i sali calcarei, i grassi neutri, così possa accadere per la colesterina che i tessuti alterati sottraggono al plasma e tendono ad accumulare. Sembra esservi una modificazione tutta speciale dei tessuti in lenta necrobiosi che è causa della deposizione in essi di sali calcarei, grassi e colesterina. Si tratterebbe di un'infiltrazione di lipoide priva dell'acido grasso con la quale questa è combinata nel sangue: questa deposizione avverrebbe in un tempo lunghissimo e di continuo per modo che si verrebbero ad avere forti depositi di lipoide ». (Bignami, *Riv. Osp.*, 1919). Per questo A. quindi non è necessaria la ipercolestirenemia: è la colesterina del sangue che pure essendo ad un tasso normale infiltra la pleura precedentemente alterata.

*b*) Produzione locale della colesterina: l'ipotesi di una formazione locale fu enunciata in un modo esauriente e completo in una monografia di Grigaut sui versamenti pleurici colesterinici. Non esiste un rapporto fra colesterina presente nel sangue e colesterina nel liquido. L'origine può essere:

1) dall'endotelio: gli elementi cellulari subiscono fenomeni regressivi (infiltrazione o degenerazione lipoide) e desquamando cadono nel lume della cavità pleurica ove subiscono fenomeni di disintegrazione proteica, lipoidea, lipolitica per parte di fermenti provenienti dai leucociti o linfociti;

2) dal liquido stesso: dalla diminuita solubilità dei lipoidi — dagli elementi cellulari — per la trasformazione fisico-chimica dell'essudato. Per qualsiasi caso l'abnorme contenuto di lipoide sarebbe favorito dalla diminuzione della permeabilità pleurica.

Quanto alla *sintomatologia* il decorso è evidentemente cronico. In quasi tutti i casi il precedente pleuritico data a qualche anno prima. I segni fisici sono raramente quelli di una pleurite essudativa libera, più facilmente quella di una pleurite saccata. Notevoli quantità di liquido possono essere sopportate senza alcun disturbo del respiro. Quello che è caratteristico: apprezzare con la punta dell'ago nella puntura esplorativa una notevole resistenza della pleura che è ispessita, dura, cartilaginea. Il liquido aspirato anche in forti quantità facilmente si riproduce mantenendo inalterati i suoi caratteri macro- e microscopici. Alcuni AA. avrebbero notato dopo le successive punture una diminuzione del tasso della colesterina cristallina. Ceconi riassume con caratteri del liquido i seguenti: il liquido più o meno torbido con scagliette lucenti in sospensione « pleureusie en faillettes » di colore variabile dal bianco giallastro al bruno cioccolata, reazione alcalina, rivalta positiva, lasciata a sè si stratifica in due strati: uno inferiore bruno-poltaceo ricco di colesterina e uno superiore più limpido. Al microscopio si vedono le note tavolette lucenti romboidali dei cristalli di colesterina, cellule endoteliali in disfacimento e molti leucociti in prevalenza polinucleati con aumento dei basofili. L'essudate in genere esterne, in qualche raro caso si è trovato il bacillo di Koch. Il contenuto in C. varia a seconda del punto in cui si è praticata la puntura, poichè essa tende a depositarsi nei punti più declivi, ma in genere oscilla dal 20 e 40 ‰. I grassi totali: 2-3 ‰ al 20 ‰. Proteine intorno al 50 ‰. Le culture sono riuscite sempre negative. La R. W. nel sangue: negativa.

Evoluzione clinica: apertura nei bronchi - infezioni secondarie - scompenso cardiaco.

La diagnosi si fa con la puntura esplorativa. La prognosi relativamente buona.

Rilevate le note principali della P. C. ho creduto opportuno riferire intorno a un caso capitato sotto la nostra osservazione e da noi studiato in reparto.

Paziente: C. L., anni 76, agricoltore. Nessun precedente degno di nota nel gentilizio. È nato a termine. Bevitore. Non ricorda di aver sofferto i comuni esantemi infantili, non contrasse nè lues nè altre malattie veneree. Ha avuto due mogli che non hanno avuto aborti. All'età di 15 anni affezione febbrile della quale il paziente non ricorda i caratteri.

In seguito è stato sempre bene. Soltanto all'età di 50 anni, sembra in seguito a perfrigerazioni: tosse secca, dolore puntorio base emitorace destro, febbre elevata, non brivido di freddo. Non sputo emorragico, non vomito. Tenne il letto per qualche giorno, dopo di che la febbre cadde, rimanendo dolenzia alla base emitorace destro. Con questo disturbo il p. si alzò e tornò alle sue occupazioni. Seguitò pertanto per qualche tempo ad avvertire i disturbi suindicati, finchè poi tutto scomparve. Ha goduto quindi buona salute fino ai 10 febbraio u. s., quando: astenia, tosse crassa, cefalea, brividi di freddo, modica ipertensia. Dette condizioni si sono mantenute stazionarie fino al marzo u. s. quando sono comparsi: oliguria. dispnea, edemi alle estremità, tosse crassa con espettorato, alvo irregolare. Con questi sintomi il paziente è entrato in ospedale il 25 aprile 1933.

*E. O.* Condizioni generali gravi: sensorio ottuso, decubito semiseduto. Cute bruno-pallida. Cianosi delle labbra e della faccia. Edemi dell'estremità e sacrali. Muscoli tonici e trofici, nulla a carico del sistema osteo-articolare. Macropoliadenite. Polso frequente aritmico iperteso. Respiro dispnoico. Temperatura afebbrile. Lingua impaniata, istmo delle fauci roseo.

Torace: apoplettico, meno espansa e meno espandibile la base di destra, fremito vocale, tattile, diminuito a entrambi le basi. Suono polmonare ridotto alle basi specie a destra. Respiro fisiologico normale per tutto l'ambito, debole alle basi, accompagnato a destra a qualche rumore di sfregamento. Rantoli a piccole medie bolle per tutto l'ambito.

Cuore: bozza precordiale leggermente prominente. Al 6° spazio due dita fuori dell'emiclaveare. Al 3° spazio intercostale sulla mammillare. A destra deborda di due dita dalla margino-sternale. Angolo di Ebstein: retto. Aorta palpabile al giugulo, ottusità sopracardiaca deborda di un dito d'ambo i lati. All'ascoltazione primo tono accompagnato da soffio sistolico che si ascolta alla punta più intensamente che sugli altri focolai a carattere dolce. Secondo tono polmonare forte, secondo tono aortico metallico.

Addome: di forma normale con cicatrice ombelicale pianeggiante, senza movimenti peristaltici. Non segno del fiotto. Non ottusità spostabile nelle parti. declivi. Organi ipocondriaci: fegato: limite superiore: quinta costola; in basso: tre dita dall'arco costale, duro a margine ottuso, dolente. La milza superiormente all'ottavo spazio, in basso all'arco costale.

Sistema nervoso: pupille isocoriche reagenti alla luce. Rotulei presenti.

Psiche: lieve stato di delirio.

Il paziente è stato ricoverato dal 25 aprile 1932 al 4 giugno 1933. Le cure seguite riuscirono a stabilire un discreto compenso cardiaco. Furono ripetuti diversi esami e svuotamenti del liquido pleurico di destra seguiti sempre dal riformarsi di questo. Al momento di uscita dall'ospedale: condizioni migliorate per ciò che riguarda il circolo, mentre sono stazionarie per il versamento colesterinico.

Ricerche eseguite: Esame delle urine: albumina presente; peso specifico: 1014; zucchero, acetone: assenti; urobilina tracce evidenti; sedimento: numero discreto di leucociti ben conservati, qualche emazia, cristalli a busta da lettere; non cilindri.

Con la puntura esplorativa del cavo pleurico destro si estraggono attraverso uno spesso strato di coltrone: 100 cmc. di liquido color giallo ocra che si stratifica spontaneamente in uno strato superiore giallastro e in uno inferiore cristallino giallo-oro in pagliuzze. Peso specifico 1935, reazione alcalina, albumina 30 ‰, determinazione della colesterina nel liquido soprastante alla precipitazione cristallina: 0,80 ‰. Determinazione della colesterina nel liquido pleurico filtrato: 1 ‰. Determinazione della colesterina totale: 40 ‰. In una successiva puntura si dimostrava che i caratteri fisico-chimici del liquido rimanevano inalterati mentre invece si aveva una lieve diminuzione della colesterina totale gr. 36 ‰. I grassi totali 6,75 ‰. Esame citologico a fresco dimostrò la presenza di numerosi cristalli di colesterina spontaneamente sedimentati. All'esame colorato: rari linfociti, cellule endoteliali, non venne dimostrata l'eosinofilia, assenza di germi, assenza del bacillo di Koch.

Puntura esplorativa emitorace sinistro: si estraggono 20 cmc. con Lucherini negativa, albumina 6 ‰. Peso specifico 1012, reazione neutra.

Esame citologico: cellule endoteliali, linfociti e polinucleati in eguali proporzioni. Colesterina 0,25 ‰.

Assenza di colesterina allo stato cristallino. *Ricerche del tasso colesterinemico: 1,40 ‰.*

Prova di carico della colesterina: si somministrano a digiuno gr. 4 di colesterina in 200 gr. di latte: dopo un'ora gr. 1,50 ‰; dopo 2 ore gr. 1,66 ‰; dopo 3 ore gr. 1,40 ‰.

Reazione Wassermann nel sangue negativa. In una seconda R. W. praticata, lieve ritardo dell'emolisi. Ghedini-Weiberg e Casoni negative. Cutireazione tbc. positiva. Esame dell'escreato a fresco non mostra cristalli di colesterina. Negativa è la ricerca del bacillo di Koch. Azotemia 0,54 ‰. Pressione arteriosa 140/110. Pressione venosa 26 (Claude). L'autopsia della cavia inoculata con 20 cmc. di liquido pleurico colesterinico ha dimostrato nell'autopsia praticata 40 giorni dopo l'inoculazione: una lieve perisplenite e periepatite di natura irritativa semplice. Non furono dimostrate lesioni specifiche tbc.

Radiografia del torace: emitorace sinistro: velatura della base con seno opaco; emitorace destro: grossa. ombra non omogenea, a margini sfumati con delle zone di chiarità, occupante la base e obliterante il seno.

La descrizione del caso clinico ci porta a queste conclusioni: l'alcoolismo può predisporre allo sviluppo del versamento colesterinico. Questo come tesi generica. I rapporti però non sono chiari perchè mentre alcuni AA. (Ducceschi) hanno dimostrato una iperocolesterinemia e un aumento del tasso di lecitina nell'intossicazione alcoolica, altri AA. (Kreusse) hanno dimostrato una diminuzione del tasso di colesterina e di fosfatidi nel sangue nell'alcoolismo cronico. (Dalla biochimica di Rondoni).

La tubercolosi nel nostro caso esisteva allo stato di infezione biologicamente rilevabile (cutireazione positiva). Non esistevano segni clinici e radiologici di tubercolosi polmonare.

Un elemento: il coltrone pleurico poteva riportarsi a un'infezione pleurica tubercolare pregressa. L'inoculazione della cavia era riuscita negativa.

Il decorso è stato evidentemente cronico. Le punture praticate hanno però prodotto una lieve diminuzione della colesterina.

Il ricambio colesterinico saggiato con la prova di carico ha dato curve con valori normali.

L'interpretazione dell'origine della colesterina nella pleura deve presumibilmente per quanto ha notato i valori dela colesterinemia e delle curve del ricambio colesterinico, essere ritenuta di origine pleurica. La precipitazione della colesterina allo stato cristallino non è solo della pleura, ma del pericardio, della vaginale del testicolo, del peritoneo e molto più raramente delle meningi. Avviene in queste sierose come per la pleura quando vi siano state pregresse infiammazioni poi cronicizzate o si siano verificati esiti rappresentati da formazioni di pseudo membrane e coltroni che alterano la permeabilità della pleura e quindi gli scambi tra sierosa e sangue. La neoformazione della sierosa, lo squilibrio di irrorazione da parte dei vasi conduce inevitabilmente a una degenerazione delle cellule endoteliali sia essa grassa, lipoidea o calcifica. (Tutti questi tipi di degenerazione possono coesistere). Sull'orientamento spiccato verso una di esse, perchè cioè prevalga o la calcifica o la lipoidea o la grassa, noi non ne conosciamo la ragione. Comunque le cellule endoteliali esfoliano e cadono nel lume della cavità pleurica, che avendo le pareti ispessite, si comporta come un vaso chiuso; qui la cellula subisce fenomeni di disintegrazione proteolipoido-lipolitica per parte di fermenti che provengono da linfociti o leucociti presenti nel liquido pleurico. Il liquido partecipa alla produzione della colesterina: gli elementi cellulari, i leucociti in ispecie, subiscono fenomeni analoghi ai precedenti.

Così provenendo e dalla parete e dal liquido stesso la colesterina messa in libertà non potendo essere assorbita precipita allo stato cristallino.

Si potrebbe, rimanendo in altri ordini di fatti, paragonare le pleuriti colesteriniche alle pleuriti chilose. In queste Guenau de Moussy spiega la lattescenza del liquido come dovuta: 1) alla degenerazione grassa dei leucociti del pus (versamento chiloso secondario a un versamento purulento); 2) degenerazione grassa degli elementi della parete (Quinke); 3) alle albumine (nei casi in cui non si leva grasso nel liquido).

Jousset crede che ciascuna di queste opinioni contenga una parte di verità. I versamenti opalescenti rappresentano sempre prodotti di degenerazione di cellule contenute nei liquidi (leucociti o cellule cancerose) di cui i frammenti di taglia microscopica o ultra-microscopica si emulsionano dopo una lunga macerazione nell'essudato primitivamente limpido. Sempre secondo questo A. gli elementi cellulari privi di ossigeno subiscono una necrosi asettica: nelle loro sostanze albuminoidi si trasformano progressivamente in grassi e derivati dei grassi.

Resta così stabilito per queste ragioni un parallelismo tra pleuriti colesteriniche e pleurite chilose: si tratta di fenomeni regressivi che accadono al livello di liquidi residui (Letulle) e di liquidi morti (Jousset).

## RIASSUNTO

L'Autore illustra un caso di pleurite colesterinica; fa precedere una breve rivista sintetica sullo studio del caso. In base ai risultati dell'osservazione crede che anche per questo si debba credere più a una origine pleurica del lipoide, che alla origine ematica. Paragona quindi la P. C. alle pleuriti chilose.

## BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI VITTORIO. Relazione al 25° Congresso di Medicina Interna. Riforma medica, 1919, pag. 961.

BEVERE. *Etiologia e patogenesi della pleurite colesterinica.* Ibid., 1921, n. 18.

BERBIER et TRIGAUD. *Cholésterol 3 cases.* Journal de médecine de Lyon, 1926.

BOUILLARD et NATIVELLE. *Cholésterol: effusion pleureusie.* Bulletin et mémoires de la Société de Médecine des Hôpitaux de Paris, 5-7-1928.

BIGNAMI. *Sopra un liquido pleurico particolarmente ricco di colesterina.* Rivista ospitaliera, 1919, n. 25, 24.

CHAUFFARD et GIRARD. *Les pleureusies à Cholestérine.* Bulletin et mémoires de Société de médecine des Hôpitaux de Paris.

CHURTON. *A cases of double haemorrhagie pleurisy with formation of cholesterine.* Med. Pres. A. Circul., 1881. Citato da MALAGUTI.

LOYON, FIESSINGER et MEIGNANT. *Les pleureusies à cholésterine.* Journal des Praticiens, 1924, p. 36.

CECONI. *Trattato di patologia medica.* Minerva medica, Torino.

GRIGAUD. *Thèse d'aggrégation.* Paris, 1926.

IZAR. *La varietà colesterinica della pleurite essudativa.* Folia medica, 1920, n. 2, 3, 4, 8.

MALAGUTI. *La pleurite colesterinica.* Archivio Italiano di Patologia e Clinica Medica, aprile 1929.

MÈHU. *Analises des liquides pleuritiques chargés de materies grasses.* Archives Générales de médicine. Citato da MALAGUTI.

NAUNJN. *Ueber die chemie der transudate und des Eilers.* Reichert's u. Du Boj Archiv, 1865, p. 160.

STOKMANN. Thèse de Paris, 1924.

RONDONI. *Biochimica.*

# TECNICA CHIRURGICA

OSPEDALE MAGGIORE DI CREMONA.

## Di un provvedimento chirurgico contro le emorragie gastriche postoperative.

Nota del dott. C. DALLA ROSA, chir., primario.

Lo spunto per questa breve nota di tecnica operativa mi è offerta da una pubblicazione del prof. Cavina: « Per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica post-operatoria », apparsa sulla Sez. Pratica del *Policlinico*, n. 14 di quest'anno.

Egli è perfettamente nel vero quando afferma che l'emorragia post-operatoria rappresenta una complicazione preoccupante, qualche volta gravissima della chirurgia gastrica, e che i mezzi escogitati per combatterla si sono dimostrati inani o poco efficaci; anche a me, come probabilmente a tutti, è accaduto qualche volta di avere emorragie così gravi e ripetute da condurre il paziente all'estremo della vita; è ben vero che tali operati finiscono d'ordinario per riprendersi a guarire, ma non tanto per merito dei soliti provvedimenti che si prendono in simili circostanze, quanto per l'emostasia spontanea, dovuta alla forte caduta di pressione ed alla conseguente stimolazione dei nervi vaso-costrittori, evenienza fortunata sulla quale però non possiamo nè dobbiamo fare affidamento.

Il Cavina consiglia pertanto di ricorrere al procedimento suggerito da V. Haberer, di esecuzione tecnica assai semplice, che conoscevo, che ho provato, ma che ho anche abbandonato, per un altro metodo, di cui mi valgo già da parecchi anni, e che mi ha sempre fedelmente risposto.

Esso mi è stato suggerito da una considerazione anatomica. La ricchezza della circolazione arteriosa dello stomaco, rappresentata da una ricca rete a maglie strette, con ampie e numerose anastomosi, è da mettere essenzialmente in rapporto alle esigenze della funzione digestiva, mentre sarebbe da considerare eccessiva pei semplici scambi nutritizi richiesti dalla conservazione delle integrità anatomiche delle pareti gastriche.

Se ciò risponde a verità, come mi sembra, si potrebbe interrompere la circolazione delle grosse diramazioni arteriose tutt'attorno ad una zona prestabilita, senza che in essa abbiano a verificarsi fatti regressivi, perchè la circolazione delle diramazioni minori, e non interrotte, dovrebbe essere sufficiente a mantenerla in vita.

Sarebbe così possibile ottenere una notevolissima diminuzione della circolazione nel territorio operativo con corrispondente diminuzione delle probabilità di emorragia, od almeno di grande emorragia.

A stabilire se l'ipotesi, che mi sembrava logica era o meno confermata dal lato sperimentale, un mio aiuto il dott. Trogu, ora chirurgo primario ad Orvieto, eseguì un buon numero di gastroenterostomie e di resezioni gastriche sui cani, dopo aver allacciato tutti i grossi vasi, visibili sotto la sierosa, nel perimetro della zona dove sarebbe successivamente caduto il neostoma o la resezione, e sacrificando gli animali a differenti periodi, poteva escludere in modo assoluto che a tale procedere seguissero fatti di necrosi e constatare invece che il coalito e la guarigione operativa si verificano in modo assolutamente perfetto.

Mi sentii pertanto autorizzato a battere la medesima strada sull'uomo, limitandomi da principio a legare qualcuna delle più grosse diramazioni provenienti dalla coronaria, e successivamente legandole tutte, escluse soltanto le più piccole. La legatura fatta con un semplice ago intestinale montato in seta o catgut e passato sotto la diramazione, comprende anche la vena satellite e cade in quel tratto in cui i vasi, prima di affondarsi per penetrare nello spessore delle tuniche dello stomaco, sono unicamente ricoperti dalla sicrosa e risultano evidentissimi.

Con tale procedimento di una semplicità e rapidità d'esecuzione grandissime, d'emorragie gastriche post-operative, non solo pericolose ma nemmeno di qualche entità, non ne ho più avute; anche il vomito è quasi scomparso, qualche operato non vomita neppure una volta, qualche altro nè più nè meno di chiunque sia sottoposto alla narcosi generale; la guarigione operativa è regolarissima, le possibilità dell'alimentazione più precoce, la convalescenza più rapida.

Anche il Trogu non ha più abbandonato il metodo avendo ottenuto risultati pari ai miei, qualche altro Collega che constatatane la semplicità, ha voluto adottarlo, ne è pure rimasto pienamente soddisfatto.

Non ho la più lontana idea di sopravalutare il mio procedimento, lo giudico anzi una modesta risorsa, che si può mettere nel numero di quei piccoli accorgimenti operativi che fanno parte del bagaglio personale di ogni chirurgo.

È anzi verosimile che altri, prima o dopo di me, vi abbiano ricorso di propria inizia-

tiva; ma poichè ciò non mi risulta, nè il Cavina vi accenna, ho creduto che valesse la pena di farne parola, anche perchè, al paragone di quello di Haberer, il procedimento da me seguito è indubbiamente più semplice, più rapido, e, per quanto mi risulta, altrettanto sicuro.

RIASSUNTO.

Ad evitare le gravi emorragie gastriche postoperative, l'A. ha pensato di legare preventivamente tutte le grosse diramazioni provenienti dalla coronaria nel perimetro del territorio sede dell'operazione ed in quel tratto in cui i vasi sono semplicemente ricoperti dalla sierosa. Il provvedimento ha pienamente corrisposto.

**Aprile 1934.**

---

# SUNTI E RASSEGNE.

## SISTEMA NERVOSO.

### La neuralgia facciale.

**Importanza dello stimolo e della zona d'eccitazione.**

(Th. Alajouanine e R. Thurel. *Presse Médicale,* 3 marzo 1934).

I caratteri del dolore della neuralgia facciale, o morbo di Trousseau, sono ben definiti e precisi. Si tratta di fitte dolorose, a scintille ed intermittenti, separate da intervalli di durata variabile, localizzate nel territorio di una o due branche del trigemino, eccezionalmente in tutto il territorio di detto nervo. Quando le fitte dolorose sono violente e subentranti possono essere accompagnate da fenomeni associati omolaterali motori (emispasmo facciale) e simpatici (disturbi vasomotori e trofici).

I dolori sono provocati da cause varie: movimenti della faccia, parola, masticazione, contatti a livello delle zone dolorose, ed anche semplici scuotimenti determinati dal cammino e dalle vibrazioni di una vettura.

La nozione di queste cause provocatrici costituite in realtà da uno stimolo qualsiasi ma applicato in un punto preciso o zona d'eccitazione non solo rappresenta il migliore elemento diagnostico, ma si presta a molte deduzioni terapeutiche e patogenetiche.

Per quel che riguarda *l'importanza diagnostica dello stimolo* è da considerare innanzi tutto la possibilità di confusione tra *neuralgia del trigemino* e *simpatalgie facciali.*

Nelle *simpatalgie facciali* i dolori durano a lungo a crisi più o meno lunghe con fasi ascendenti e discendenti lente; sono difficilmente qualificabili, varî e variabili e persistono anche durante gli intervalli di accalmia come sensazioni sgradevoli e moleste. I dolori sono raramente limitati a tutto o parte del campo del trigemino, dal quale debordano più o meno diffondendosi all'emicranio, alla nuca e talvolta anche alla spalla ed arto superiore corrispondente. Anche quando sono poco accentuati sono accompagnati da disordini vasomotori e secretori. Infine le crisi si presentano o si rinforzano senza cause provocatrici nette; tutt'al più il freddo, il caldo, l'umidità, i rumori, la luce, le emozioni, certi stati fisiologici possono avere qualche influenza, ma i movimenti non hanno alcuna azione nociva.

Tuttavia la distinzione sintomatologica della neuralgia e della simpatalgia non sempre è netta, l'una potendo assumere alcuni caratteri dell'altra. Solo il fatto che lo scatenamento delle crisi è provocato dai movimenti o dai contatti è sufficiente a stabilire la natura neuralgica dell'affezione. La nozione dello stimolo all'origine del dolore costituisce l'elemento diagnostico fondamentale della neuralgia.

La natura e l'intensità dello stimolo importano poco, quel che conta è la sede della sua applicazione, che non sempre coincide con il punto di partenza della fitta dolorosa.

La localizzazione della zona di eccitazione è evidente quando la fitta dolorosa ha per stimolo il contatto in un solo punto, sempre lo stesso per il medesimo malato.

Il fenomeno non è costante nel senso che l'azione nociva dello stimolo può variare d'intensità ed anche mancare da un momento all'altro.

Questa sproporzione fra l'intensità dell'eccitazione e l'intensità della reazione dolorosa rende possibile la distinzione con i punti dolorosi alla pressione che si riscontrano nelle neuriti o nelle algie sintomatiche di lesioni del trigemino. In questi casi la pressione sul decorso del nervo reso ipersensibile dal processo neuritico provoca costantemente un dolore contusivo più o meno diffuso e che si attenua progressivamente dopo la cessazione della pressione.

*L'importanza terapeutica della zona di eccitazione* sta nel fatto che l'anestesia di questa zona, ottenuta con l'alcoolizzazione della branca nervosa corrispondente, sopprimendo l'azione nociva delle cause provocatrici, fa scomparire le reazioni dolorose anche nei territori vicini, sia che si tratti d'irradiazioni dolorose partenti dalla zona d'eccitazione o di risentimenti dolorosi a distanza.

In caso d'insuccesso conviene alcoolizzare successivamente tutte le branche nervose periferiche oppure alcoolizzare il ganglio di Gasser. Quest'ultimo metodo, che è anche meno penoso per il malato, dà effetti più sicuri e più duraturi.

La neurotomia retrogasseriana è ancora più radicale e dà una guarigione definitiva deter-

minando un'anestesia persistente dell'emifaccia. La neurotomia parziale iuxtagasseriana può dare recidive.

La pratica della neurotomia parziale iuxtaprotuberanziale è ancora troppo recente perchè si possa giudicare degli esiti lontani.

Comunque questi interventi chirurgici non sempre sono accettati dai pazienti: l'alcoolizzazione rimane la cura più pratica.

L'efficienza terapeutica dell'alcoolizzazione confermerebbe l'opinione che la nevralgia facciale sia una reazione dolorosa di una o due branche del trigemino ad un'irritazione diretta periferica.

In effetti le lesioni irritative periferiche, dentarie o di altro genere, determinano algie facciali di diverso tipo, le simpatalgie, che non guariscono con l'alcoolizzazione, ma con la soppressione della lesione irritativa o con l'anestesia del ganglio sfenopalatino. D'altra parte le affezioni determinate dalla compressione del nervo e dalle nevriti provocano algie sintomatiche sempre accompagnate da disturbi obbiettivi della sensibilità. Infine la compressione della radice del trigemino provoca pochissimo dolore perchè le conseguenti lesioni del nervo sono più distruttrici che irritative, dando subito anestesia cutaneo-mucosa.

Per gli AA. la vera neuralgia del trigemino, la neuralgia facciale essenziale è di origine nucleare.

Questa concezione si appoggerebbe a varî ordini di fatti: 1) La zona di eccitazione ed il punto d'inizio del dolore possono trovarsi in territori distinti e lontani l'uno dall'altro; 2) Le fitte dolorose occupano territori non perfettamente corrispondenti a quelli di distribuzione dei tronchi nervosi e variabili da una crisi all'altra; 3) L'azione delle cause provocatrici varia non con la loro natura e la loro intensità ma a secondo del momento di applicazione; mentre nelle lesioni neuritiche la pressione sul nervo provoca sempre un dolore la cui intensità è proporzionale alla forza della pressione; nella neuralgia facciale questa proporzione manca, e l'azione nociva dello stimolo varia da un momento all'altro.

Se l'origine nucleare della reazione neuralgica non è stata finora riconosciuta, è perchè le lesioni del nucleo sensitivo del trigemino determinano di solito algie miste, nelle quali domina la nota simpatica, e le fitte neuralgiche scompaiono con lo stabilirsi dei disturbi sensitivi obbiettivi. In effetti la maggior parte delle lesioni nucleari sono distruttive. Ma ciò non toglie che possano verificarsi condizioni solo irritative, come nella sclerosi a placche e nella siringobulbia, e come è il caso della neuralgia facciale.

La guarigione delle neuralgie del trigemino ottenute con l'alcoolizzazione periferica si spiega con l'anestesia delle zone di eccitazione ottenuta in tal modo.

Allo stato dei fatti è a ritenere che la neuralgia facciale essenziale è prodotta da una lesione esclusivamente irritativa del nucleo sensitivo del trigemino, che determina un'iperecitabilità dolorosa del nucleo stesso. Ma la natura di questa lesione rimane indeterminata.

La nevralgia facciale è un'affezione dell'età matura, perchè di rado colpisce individui con meno di quarant'anni. Fa parte della famiglia neuro-artritica e si accompagna, si alterna, segue o precede ad altre manifestazioni morbose della stessa condizione, quali l'asma e l'emicrania; ma la sua etiologia è ancora ignota.

DR.

## La commozione cerebrale e la sua cura.

(L. R. BROSTER. *Practitioner*, luglio 1934).

La percentuale dei traumi cefalici seguìti da commozione cerebrale è in questi ultimi tempi notevolmente aumentata in relazione alla frequenza degli infortuni stradali.

La commozione cerebrale può essere definita come una paralisi completa delle funzioni del cervello che segue immediatamente ai traumi cefalici, con spiccata tendenza alla guarigione spontanea e non necessariamente accompagnata da grossolane alterazioni del cervello.

Nella fase iniziale si ha incoscienza completa e stato di paralisi flaccida. Il miglioramento è annunziato dal ritorno delle funzioni dei bassi meccanismi cerebrali. La respirazione e la circolazione si regolarizzano, ricompaiono gradualmente i movimenti degli arti, i riflessi (dapprima quelli pupillari), compare il vomito ed il paziente comincia a palpare. Le più alte funzioni cerebrali si ristabiliscono più lentamente, e la coscienza può ancora rimanere obnubilata ed il paziente può rimanere ancora per qualche tempo sonnolente o loquace, docile o aggressivo, impudico, irritabile con la quasi assoluta mancanza di controllo di sè stesso. Finalmente le funzioni di controllo e di inibizione si ristabiliscono. Il paziente diventa lucido e la prima domanda che egli rivolge è: dove mi trovo? A questo punto si può parlare di guarigione, che nelle forme non complicate deve aversi completa e permanente entro 24 ore.

Nelle forme leggere subito dopo il colpo si ha una sensazione vertiginosa, perdita dei sensi e astenia fisica di breve durata. Il polso e la temperatura rimangono normali. In tali casi la guarigione è presso che completa: può residuare solo, e non sempre, un po' di cefalea.

Nei casi gravi il paziente si abbatte al suolo come fulminato, pallido e se c'è stata lesione esterna del capo la ferita non sanguina. Le pupille sono dilatate e rigide, il polso è lento e debole, la respirazione superficiale, i riflessi aboliti. La pressione del sangue e del liquor è bassa. La tendenza alla guarigione è annunziata dal miglioramento della respirazione e

del polso, dal ritorno dei riflessi e della mobilità pupillare, dall'aumento della pressione vasale, dalla comparsa del vomito.

La diagnosi di commozione cerebrale non è difficile quando è noto il dato anamnestico del trauma cefalico. Tre elementi concorrono alla diagnosi: inizio istantaneo, natura paralitica dei sintomi, e loro tendenza a scomparire spontaneamente. Nella fase acuta può riuscire difficile la differenziazione con le ferite, le contusioni e le emorragie cerebrali che possono coesistere con la commozione. È a temere l'esistenza di lesioni del cervello e di emorragie extracerebrali quando lo stato commotivo dura a lungo, quando lo stato reattivo si prolunga per più di un giorno; quando il coma recidiva dopo che la coscienza si è ristabilita in parte o in tutto; quando persistono paralisi locali; quando è presente sangue nel liquido cefalo-rachidiano.

Tanto nelle ferite lacere come nelle contusioni si hanno focolai necrotici degli elementi nervosi, ma mentre nelle lacerazioni si hanno abbondanti emorragie, nelle contusioni queste sono puntiformi ed il fatto più rilevante è l'edema. Clinicamente queste lesioni si estrinsecano con uno stato di irritazione cerebrale (delirio traumatico) attribuito ad aumento dell'eccitabilità degli elementi nervosi dipendente da congestione venosa ed anoxiemia.

Dopo la scomparsa dei fatti commotivi il paziente è irritabile, intontito durante il giorno, e spesso delirante e in preda ad agitazione maniacale durante la notte. Si lamenta di grave cefalea e non tollera la luce. Questa condizione dura di solito qualche giorno, poi comincia a declinare, ma uno stato abnorme può persistere anche indefinitamente. Symonds propone il nome di stupore traumatico per quelle forme nelle quali l'obnubilamento della coscienza costituisce l'elemento fondamentale della sindrome, nella quale si può avere un profondo stato stuporoso come un semplice intontimento accompagnato da fasi di irritabilità, eccitamento e delirio. Quando mancano i segni di lesioni a focolaio anche la funzione mentale risulta buona.

I disturbi della contusione cerebrale dipendono da due fattori: gli effetti dell'aumento della pressione endocranica in relazione alla quantità dell'emorragia e dell'essudato; gli effetti della lesione locale i quali sono simili a quelli che si hanno in tutti i focolai cerebrali distruttivi.

Nelle contusioni gravi, passati gli effetti immediati della commozione, il paziente invece di ritornare gradualmente allo stato normale, passa in uno stato di stupore. Egli rimane irrequieto, irritabile, intontito, e di notte è agitato, violento. Questa condizione può persistere per giorni e settimane: la tendenza al miglioramento si manifesta con periodi di lucidità, durante i quali però si ha l'amnesia della fase di coscienza obnubilata.

È importante distinguere questa condizione dal vero coma. La pressione del liquor è invariabilmente aumentata e concorre a produrre l'anemia cerebrale comprimendo i vasi capillari.

Nelle contusioni meno gravi, accompagnate o non da commozione, i sintomi possono seguire immediatamente o a distanza di settimane dal trauma. I tre principali sintomi sono: la cefalea, le vertigini e l'astenia mentale. La cefalea è per lo più intermittente ed influenzata dai cambiamenti di posizione, che del resto provocano anche le vertigini. I disordini mentali sono: incapacità di concentrazione, debolezza di memoria ed indecisione.

La puntura lombare può essere utile a scopo diagnostico e terapeutico. Un aumento della pressione si riscontra nella grande maggioranza dei traumi cefalici, ma non costituisce un indice della gravità del caso e dello stato mentale, è però sempre accompagnata a cefalea. Alcuni sostengono che l'estrazione del liquido deve essere limitata alla quantità necessaria per gli esami, altri invece ritengono che essa sia sempre vantaggiosa e debba essere ripetuta fino a quando la pressione non ritorna normale. Certo essa allevia la cefalea e riduce lo stato d'intontimento, ed è utile specie in quei casi nei quali con il ritorno della coscienza si stabilisce uno stato di irrequietezza. La presenza di sangue è dovuta alla rottura di vasi della pia e dell'aracnoide ed è dovuta di solito a contraccolpo. Nei casi di stupore e coma il numero delle emazie supera i 100.000 per cmc. Il sangue scompare dal liquor dopo 3-5 giorni.

L'intervento chirurgico è indicato nelle prime ventiquattro ore nel corso del coma dopo un lucido intervallo o alla comparsa di sintomi paralitici.

Nei casi di commozione grave il paziente deve essere tenuto in attenta osservazione. Occorre il più assoluto riposo, la maggior quiete. Per sostenere il cuore si potranno fare iniezioni di pituitrina e di stricnina. Per calmare l'irrequietezza giovano i bromuri ed il cloralio, ed occorrendo, l'ioscina e la morfina.

Se dopo 24 ore persiste l'incoscienza, o se il paziente entra in uno stato di stupore, di agitazione e si lamenta di forte cefalea si praticherà la puntura lombare, che occorrendo si ripeterà fino al ritorno della pressione al normale. Contemporaneamente si faranno iniezioni endovenose di soluzioni ipertoniche, che favoriscono l'assorbimento nel sangue dei liquidi stravasati. S'inietteranno 50-100 gr. di soluzione salina al 15 %, o di soluzione fisiologica normale con l'aggiunta di 50 % di glucosio. Alternativamente si faranno enteroclismi con solfato di magnesia.

I disturbi dipendenti dalle contusioni non gravi si tratteranno con il riposo a letto nella posizione migliore per alleviare la cefalea. Si darà solfato di magnesia per bocca, ed even-

tualmente bromuri per l'irrequietezza, aspirina per la cefalea, barbiturici per l'insonnia. Solo quando tutti i disturbi sono scomparsi si consentirà il graduale ritorno all'attività normale.

Nei casi di commozione lieve la guarigione può essere completa in una diecina di giorni, ma nelle forme gravi il riposo a letto assoluto deve durare almeno tre settimane. DR.

## Il trattamento della neuro-sifilide.

(R. LEES. *Practitioner*, luglio 1934).

La sifilide del sistema nervoso centrale è un'affezione che si può facilmente prevenire. Tutto sta ad intervenire energicamente ai primi segni di tale localizzazione. È necessario perciò procedere ad esami neurologici sistematici durante i primi stadî della sifilide ed eventualmente l'esame del liquido cefalo-rachidiano. È ovvio che devesi sempre praticare anche l'esame degli altri organi, e sopra tutto del fegato e del rene che possono essere gravemente danneggiati dalla cura intensiva.

I mezzi curativi della neuro-sifilide sono di tre ordini: generali, medicamenti, piretoterapia.

Le *cure generali* consistono in una buona alimentazione, riposo, soggiorno in clima secco e soleggiato, eliminazione di eventuali focolai settici.

Le *cure medicamentose* sono varie.

Gli *ioduri* sono vantaggiosissimi specie quando esistono lesioni vasali, come la trombosi cerebrale, la meningite o gomme del cervello e del midollo. L'ioduro di potassio o di sodio dato a dosi di cinquanta centigrammi tre volte al giorno determina un rapido miglioramento. Le dosi possono essere progressivamente aumentate fino anche a darne molto alte. I fenomeni di iodismo sono eccezionali nei casi di neurosifilide.

Il *mercurio*, malgrado le divergenti opinioni, rimane sempre un buon medicamento specifico anche nelle forme nervose. In queste il modo di somministrazione migliore è quello delle frizioni con unguento mercuriale, che danno effetti tangibili specie nelle lesioni vasali. Sono preferibili le cure prolungate con piccole dosi quotidiane.

Dato per bocca il mercurio ha azione incerta, e spesso dà diarrea e nausee. Tuttavia nell'ultima fase della cura si possono dare per os piccolissime dosi di sali mercuriali per un lungo periodo.

Il *bismuto* viene ora riconosciuto come un antiluetico più sicuro e meno tossico del mercurio. Sembra che abbia un alto potere di penetrazione nel sistema nervoso centrale. Si praticano iniezioni endomuscolari di sospensione oleosa di bismuto.

Il *neosalvarsan*, per via endovenosa o intramuscolare, deve essere adoperato con molta prudenza nelle fasi iniziali della neurosifilide, per la quale sembra meno vantaggiosa che per la infezione generale.

La *triparsamide* mentre ha un debole potere spirochetocida ne ha uno spiccato tonico. Oltre a ciò sembra dotato di notevole potere di penetrazione nel sistema nervoso centrale. Si spiegherebbe così la sua efficacia nella sifilide cerebrale e midollare. Si praticano iniezioni endovenose o intramuscolari di gr. 1,5-3 di medicamento sciolti in 10 cmc. di acqua distillata. Complessivamente si devono somministrare 24 grammi in 8-10 settimane.

La *piretoterapia* introdotta nel 1918 ha rapidamente guadagnato gran credito. La gran maggioranza dei psichiatri sostiene oggi che tutti i casi di paralisi progressiva devono essere trattati con la piretoterapia. I migliori risultati si ottengono con la inoculazione della malaria, e quando questa fosse nettamente controindicata o non attechisse si può ricorrere alle iniezioni endovenose di vaccino T.A.B. o intramuscolare di preparati solfocolloidali. La febbre così provocata è però terapeuticamente meno attiva di quella ottenuta con la malaria.

Questa è particolarmente efficace nella paralisi progressiva. Si inocula la terzana benigna iniettando sotto cute o in vena sangue prelevato da individuo affetto da malaria in atto. Il periodo d'incubazione nel caso di inoculazione sottocutanea dura 14-28 giorni, e nel caso d'inoculazione endovenosa 7 giorni. L'infezione si manifesta con accessi malarici tipici: brivido, febbre alta, sudore. Per la cura sono sufficienti 8-12 accessi. Durante la malarizzazione l'infermo deve essere assiduamente sorvegliato. I pericoli principali sono: la debolezza cardiaca e le temperature troppo alte. Nel primo caso bisogna dare eccitanti cardiaci e stroncare l'infezione con iniezioni di chinino. I pericoli delle temperature troppo alte si combattono con le applicazioni di ghiaccio alla testa ed eventualmente con antipiretici.

Dopo un numero sufficiente di accessi si cura la malaria con chinino. Quasi mai si hanno recidive o la cronicizzazione della malaria. La convalescenza è rapida. Talvolta la malaria si esaurisce senza bisogno di chinino o di altre cure.

Durante la malarizzazione si possono avere crisi di eccitazione ed anche accessi maniacali. Sembra che quando ciò si verifica la cura risulta più efficace.

Spesso il miglioramento clinico si manifesta già con il cessare degli accessi febbrili. Però di solito il miglioramento è graduale e non si apprezza a pieno se non dopo circa sei mesi. Il miglioramento delle condizioni mentali procede parallelamente a quello dello stato fisico. Un completo ritorno allo stato normale si ha nel 35 % dei casi trattati.

La malariaterapia deve essere seguita da cure antiluetiche, specie da iniezioni di bismuto e triparsamide.

Eventualmente la malarizzazione potrà essere ritentata dopo un anno.

La tabe non si giova della malariaterapia come la paralisi progressiva. Invece risultati più tangibili danno le cure antileutiche, prima con mercurio e ioduri e poi con prolungata somministrazione di bismuto e arsenobenzoli.

Nelle lesioni cerebrali di origine vasale conviene anche somministrare dapprima mercurio e ioduri e poi arsenobenzoli e bismuto.

I sintomi meningei cedono rapidamente agli ioduri, ma possibilmente conviene nello stesso tempo somministrare bismuto o arsenobenzoli.

La neurosifilide congenita si tratta nel medesimo modo di quella acquisita.

DR.

## ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

### Il cancro del polmone.

(S. OBERNDORFER. *El Día Médico*, 20 novembre 1933).

Essendo note le difficoltà che si incontrano nello stabilire un diagnostico esatto, clinico o patologico del cancro del polmone l'A., avendo studiato molto accuratamente 50 casi, si intrattiene sulla sintomatologia, che varia molto e che spesso, se non è bene analizzata, conduce ad una diagnosi errata.

L'inizio del quadro può essere dominato da una dispnea crescente, che, ciò è notevole, si inizia repentinamente tanto che il paziente può indicarne con esattezza il giorno e l'ora — febbre alta e brivido — in altri casi il primo sintoma fu una tosse molto intensa, in altri arsura, abbassamento di voce fino all'afonia completa, fenomeni di paralisi del ricorrente, altre volte si aveva una grande analogia con la sindrome di una tubercolosi polmonare incipiente, febbre alta, sudorazione notturna, palpitazione, espettorazione con striscie di sangue; oppure una pleurite, raramente con carattere emorragico.

Notevole è il fatto che al principio compare sempre una anamnesi influenzale. In molti casi poi sono le metastasi che ci danno la sintomatologia iniziale. Spesso i primi sintomi sono dolori all'epigastrio, coliche gastro-intestinali che possono condurre al diagnostico erroneo di una angina pectoris con irradiazione addominale.

Raramente si può stabilire il diagnostico basandosi sull'espettorato. La radiografia invece in molti casi rischiara il quadro clinico.

Etiologicamente, si sa poco; è 3 volte più frequente nell'uomo che nella donna e riguardo all'età generalmente si ha sopra i 40 anni, nei forti fumatori spesso sono incolpate le polveri di asfalto o di altre sostanze. A prova di ciò riporta la statistica che a Schneeberg, miniera della Sassonia, dove si estrae il cobalto, il nichel e il bismuto, la cui estrazione comporta una intensa produzione di polvere ricca di arsenico, il 10 % dei minatori muoiono per cancro di polmoni.

Passando a considerare la morfologia del cancro del polmone distingue:

1. Il cancro poliposo dei bronchi che sono nella maggior parte dei casi cilindro carcinomi adenomatosi bene differenziati.

2. Il cancro bronchiale infiltrante anaplastico che si può confondere con i sarcomi polmonari.

3. Il cancro epiteliale piatto cheratinizzante che dà le manifestazioni febbrili e che può raggiungere un grande volume.

4. Il cancro alveolare che ha il suo punto di partenza dall'epitelio alveolare.

Le metastasi si hanno preferibilmente per via sanguigna e si incontrano specie nei noduli regionali linfatici e nel fegato.

Le metastasi ossee sono spesso a tipo osteoplastico sclerosanti oppure carcinoso osteoclastico a tipo distruttivo. N. DI PAOLA.

### Alcuni principii che si riferiscono alla patologia ed al trattamento dell'empiema toracico.

(J. DANNA. *Surg., Gyn. a. Obst.*, V. LVI, 294-309).

L'A. fa presente le particolari condizioni della cavità pleurica in confronto delle altre cavità sierose e ricorda le vie di infezione della pleura.

Egli dimostra che in favore della evacuazione periodica della pleura e della sostituzione dell'aria sta il fatto che tale metodo può essere usato come preliminare ad altri; che può essere impiegato quando gli altri sono falliti. Inoltre il paziente non è costantemente bagnato e non è ingombrato con apparecchio; è il minor pericolo di ascessi metastatici; poichè la pleura non è traumatizzata; vi è minore possibilità di empiema cronico. Con trauma minimo vi è la più grande probabilità di adesioni pleuriche minime residue.

Col metodo in parola la mortalità è molto più bassa; ma questo è specialmente prezioso in presenza di tubercolosi polmonare, e pare anche più sicuro nella preparazione ad interventi trans-pleurici.

Tale metodo non deve essere usato negli ascessi polmonari rotti nella pleura; inoltre presenta l'inconveniente della tensione pneumotoracica. nonchè della presenza di pus in una cavità chiusa, verificandosi elevazioni febbrili, malessere.

Danna nell'impiego del metodo usa piccole punture con un solo ago grosso attaccato ad una siringa. Nelle affezioni toraciche larghe applica ad un ago basso e piccolo un apparecchio da pneumotorace. Quando gli aghi vengono bloccati da essudati fibrinosi. che impediscono il vuotamento completo della cavità con l'aspirazione, l'A. pratica un'incisione in-

tercostale nel punto più declive della raccolta e facendosi strada con l'indice introduce nella cavità pleurica un Klemmer, che permette il libero efflusso del liquido e l'ingresso dell'aria, dando di piglio alle masse fibrinose, che sono presenti nella ferita. Di poi il procedimento è come nelle altre modalità: quando il petto è vuotato completamente il paziente fa una profonda ispirazione, alla fine della quale i labbri della ferita sono compressi prima digitalmente e poi meccanicamente. Il procedimento può essere ripetuto. JURA.

## Il trattamento delle oscillazioni a pendolo del mediastino dopo toracoplastiche.

(E. DOMANIG. *Zentralblatt. f. Chirurgie*, 1934, n. 9, p. 496).

Tra le complicazioni post-operatorie rare dopo toracoplastiche esiste lo spostamento pendolare del mediastino; esso si verifica per le disuguali pressioni delle due cavità pleuriche, succedendo una diminuzione della pressione negativa nell'emitorace operato. Infatti la pressione negativa è maggiore nella parte sana tanto nella inspirazione che nella espirazione. Gli organi mediastinici essendo insufficientemente fissati debbono seguire i movimenti nelle fasi inspiratorie ed espiratorie della parte malata verso la parte sana e viceversa. A causa della fissità del mediastino posteriormente alla colonna dorsale tali movimenti pendolari sono limitati, compiendosi intorno ad un asse verticale, che corrisponde all'attacco del mediastino posteriore alla colonna dorsale.

Inoltre esistono movimenti paradossali della parete toracica a causa della sua mobilizzazione per la toracoplastica ed anche pel taglio parziale della muscolatura, poichè i movimenti attivi della parte operata del torace sono molto limitati. Polmone malato e parete toracica corrispondente sono mossi passivamente dalla parte sana: infatti la prima si affonda nelle inspirazioni e si allarga nelle aspirazioni. Tali movimenti si ripercuotono nelle oscillazioni mediastiniche e sono specialmente evidenti nelle zone parasternali.

Tali fenomeni si hanno dopo toracoplastiche alte estese e di solito passano 1-2 giorni prima che i sintomi siano evidenti, forse col cedere progressivo dei tessuti mediastinici.

La respirazione è tormentosa, frequente, si compie con sforzo; i malati si presentano cianotici, irrequieti, presentano sudorazione della fronte. Nonostante i movimenti energici della muscolatura toracica la capacità vitale è ridotta: in un caso era divenuta di 300 cmc., mentre prima era di 1600. Il quadro man mano si aggrava con lo sviluppo rapido della insufficienza cardiaca.

In 2 anni su 80 casi di toracoplastica si ebbero 4 volte i più alti gradi di oscillazioni a pendolo del mediastino.

Questi disturbi potrebbero essere trattati con la soprapressione alla Brauer, mal tollerata dai pazienti. Danno sollievo grandi dosi di alcaloidi ed ossigeno. Inefficaci si dimostrarono le iniezioni nel giugulo del mediastino ant. di 50 cmc. di soluzione fisiologica, secondo Rehn. Esclusa la proposta di Kirschner di riunire i monconi delle costole resecate con punti di sutura metallici, applicarono in qualche caso la immobilizzazione del torace malato con strisce di cerotti applicati ad embrice; ma tale risorsa durò soltanto qualche ora, poichè dopo si staccarono.

In due casi si ricorse alla guarigione del malato in decubito sul lato operato, mettendo lateralmente un rotolo, nel quale il paziente si corica. Nei primi giorni riesce più difficile; ma dal 4° giorno in poi tale posizione può essere tollerata, facendo anche grande uso di morfina.

L'A. conclude che nei movimenti pendolari di alto grado del mediastino si può ovviare ai disturbi asfittici ecc. somministrando ossigeno, morfina e mettendo il malato al più presto possibile sulla parte malata. JURA.

## Recenti progressi nella collassoterapia della tubercolosi polmonare negli Stati Uniti.

(C. M. ALLEN. *The Chinese Medic. Journ.*, marzo 1934).

L'A. ricorda che un secolo fa il Carson pubblicò a Liverpool uno studio sperimentale in cui dimostrava che la vita è possibile con un polmone solo e che il collasso del polmone si può ottenere introducendo aria nella pleura con un'apertura laterale della parete toracica e tenendola pervia per un certo tempo. Egli inoltre sosteneva che con questo mezzo si sarebbe potuto guarire la tubercolosi polmonare unilaterale. [Non aggiunge però che l'applicazione pratica e la diffusione della cura pneumotoracica si deve al Forlanini. *Nota d. R.*].

Un'inchiesta fatta l'anno scorso negli Stati Uniti fra 112 istituti antitubercolari, su un totale di 29.211 malati, ha dato questi dati: 39 % di pazienti sottoposti a collassoterapia; di questi, 24 % pneumotorace solo o associato ad altre cure collassanti, 14,5 % frenicectomia (sola o associata ad altre cure) e 2,5 % toracoplastica.

Due dei 112 istituti praticano la collassoterapia nell'80 % dei loro malati, 4 nel 70-80 %, 6 nel 60-70 %. Tre istituti non praticano la collassoterapia e 10 la praticano solo dall'1 al 10 % dei ricoverati.

Gli istituti che praticano più abbondantemente il pneumo sono quelli che ricoverano malati iniziali.

La percentuale dei collassoterapizzati non varia nelle varie regioni degli Stati Uniti. Però nei centri più progrediti la collassoterapia fu praticata quasi a tutti i pazienti.

La tecnica e le indicazioni non si modificarono negli ultimi tre anni; soltanto si usò più spesso il pneumotorace bilateralmente anche per lesioni lievi e più spesso si fece la pneumolisi intrapleurica come aggiunta al pneumotorace. Alcuni tisiologi americani hanno abbandonato l'uso del toracoscopio in favore della pneumolisi intrapleurica.

Per quanto riguarda la frenicectomia c'è solo un aumento sugli interventi temporanei (non exeresi del nervo). L'entusiasmo per la frenicectomia è maggiore in chi la pratica nei casi meno avanzati.

La statistica di Alexander, pubblicata nel 1933, dà su 272 frenicectomie questi risultati: su 39 casi con lesioni minime, in 69 % arresto della malattia, in 20 % miglioramento, in 10 per cento stato stazionario, nessun peggioramento, nessuna morte. Su 116 casi con lesioni modicamente avanzate, in 38-41 % arresto della malattia, in 46-50 % miglioramento, nel 5-6 % stato stazionario, da 1-3 % peggioramento, 10 % morti. Su 117 casi avanzatissimi: 38 % arrestata la malattia, 28 % migliorati, 24 per cento stazionari, 9 % peggiorati, 14 % morti.

I migliori risultati della frenicectomia si sono avuti nelle forme cavitarie: su 215 casi, 38 % di chiusura delle caverne.

In quanto a toracoplastiche, la tecnica di O' Brien assicura un collasso maggiore di quella di Sauerbruch per la parte superiore del polmone ed ha dato mortalità di 1/10 inferiore a quella di Sauerbruch.

Su 73 toracoplastiche fatte da O' Brien si ebbe arresto apparente nel 21,9 %, stato quiescente nel 34,2 %, miglioramento nel 36,9 %, nessun miglioramento nel 5,4 %, morte nell'1,3 %, espettorato positivo nel 36,9 %, negativo nel 63 %.

R. LUSENA.

# OSTEOMIELITE.

## Riflessioni sui postumi dell'osteomielite acuta delle ossa lunghe.

(R. LECLERCQ. *Ann. de la Société Belge de Chirurgie*, dicembre 1933).

Il trattamento dell'osteomielite acuta e dei suoi reliquati è un capitolo non definitivamente dogmatizzato, poichè i metodi sono molteplici e le indicazioni malamente stabilite.

L'A. ha avuto l'occasione di operare una bambina di 10 anni che presentava reliquati di una osteomielite acuta del 3° inferiore della tibia sinistra consistente in una fistola secernente pus con al fondo piccoli frammenti ossei sequestrati.

L'atto operativo ha consistito nel resecare completamente il tragitto fistoloso, trapanare l'osso mettendo il focolaio a piatto, raschiare accuratamente la lesione e prelevare una stecca osteoperiostica dall'altra tibia che sezionata in quattro pezzi viene a colmare la breccia di trapanazione. La pelle viene chiusa senza drenaggio. Si termina infine con una simpatectomia periarteriosa della femorale al triangolo di Scarpa. Per venti giorni la ferita non viene toccata, al 20° giorno si scopre la piaga che è ricoperta da un essudato brunastro fetido; dopo averlo asportato si constata che la cicatrizzazione è avvenuta completamente. Viene applicato un apparecchio gessato che viene tenuto ancora 25 giorni. Rimosso questo la cicatrizzazione è perfetta. Radiografie praticate, due, tre, sei, ventidue mesi dopo l'operazione, dimostrano la scomparsa progressiva degli innesti ossei sostituiti da una trabecolazione simile di una tibia normale.

L'A. dà una grande importanza alla simpatectomia periarteriosa che influisce sull'intensità della circolazione, fattore importante per l'avvenire degli innesti ossei, alla rarità dei medicamenti ed alla rigorosa immobilizzazione in apparecchio gessato dell'arto malato.

PLASTINA.

## Sopra un caso di osteomielite dello sterno con esito in guarigione.

(K. KAMNIKER. *Archiv für klinische Chirurgie*, 175, vol. II, 1933).

L'osteomielite isolata dello sterno è affezione abbastanza rara perchè un caso meriti di essere descritto. La sua causa è da ricercare nella particolare struttura anatomica dello sterno, la quale permette che per una embolia batterica in uno dei suoi vasi, l'affezione si propaghi per via retrograda anche agli altri vasi nutritivi dell'osso.

Nella letteratura sono descritti in tutto 24 casi: il focolaio purulento può localizzarsi o fra periostio ed osso oppure nella sostanza spugnosa. I due terzi superiori dello sterno sono i più frequentemente colpiti: la malattia colpisce i giovani non oltre il 25° anno di età.

L'osservazione dell'A. riguarda un ragazzo di 14 anni il quale 15 giorni prima dell'ingresso in ospedale aveva avuto un patereccio sottocutaneo del piede destro: tale lesione era guarita completamente in pochi giorni, ma dopo una settimana il p. aveva incominciato ad avvertire dolori intensi al torace, seguiti a qualche giorno di distanza dalla comparsa di una tumefazione all'inizio indolente in corrispondenza della porzione inferiore dello sterno. L'esame obiettivo generale era negativo, mentre quello locale dimostrava la presenza in corrispondenza del terzo inferiore dello sterno, di una tumefazione della grandezza di una palma di mano dolente, molliccia, non nettamente fluttuante.

La temperatura era di 38°,8. La puntura esplorativa diede esito a piccola quantità di liquido torbido nerastro, che coltivato rivelò la

presenza di stafilococco aureo. L'esame radiologico, pur rivelando alterazioni dello sterno, fece pensare ad un ascesso parasternale. Incisa la tumefazione si dimostrò una cavità ascessuale grande come una prugna, il cui fondo arrivava fino allo sterno, il quale era in parte scoperto dal periostio. Dopo questa incisione la temperatura andò lentamente decrescendo ma dopo circa una settimana di nuovo si innalzò mentre contemporaneamente si verificava un aumento della secrezione dalla ferita.

Ampliata la prima incisione, si trovò nel fondo della cavità ascessuale un sequestro osseo, quasi completamente libero da periostio, e che fu asportato mettendo in evidenza al disotto di esso un'altra cavità ascessuale, grande quanto un pugno di bambino e il cui fondo, pulsante, era costituito dal pericardio corrispondente all'atrio destro. Il sequestro asportato era della grandezza di 2 e mezzo per 4 cm.

L'esame radiologico praticato dopo qualche giorno dimostrò un focolaio di distruzione osteomielitica che prendeva il corpo dello sterno *in toto* ed era circondato ai margini da formazioni esostosiche, da interpretare come periostite infiammatoria produttiva.

Dopo questo secondo intervento la cavità ascessuale si chiuse rapidamente e un nuovo esame radiologico praticato circa un mese dopo, dimostrò che il difetto osseo era stato completamente colmato da osso rigenerato e il paziente fu dimesso guarito.

L'A. infine attira l'attenzione sul fatto che all'inizio della malattia i fenomeni generali sono molto gravi mentre mancano quelli locali. Dopo qualche giorno si manifesta una tumefazione che è a principio non arrossata nè dolente mentre solo più tardi si manifestano i segni tipici dell'osteomielite. G. LA CAVA.



## NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

ARTURO CASTIGLIONI. *Incantesimo e magia.* Vol. in-8° di pag. 472, Mondadori, Milano, 1934. L. 30.

Questo libro dal titolo suggestivo, mantiene la fama di genialità che l'A. ha saputo acquistarsi con la sua poderosa attività di storico della medicina, accresciuta anzi e direi quasi abbellita dal sapido gusto col quale sono offerte tradizioni e leggende remote, dal ceppo dell'umanità nascenti, e rifiorenti per loro eterna giovinezza.

Alta fantasia potremmo dire che vi aliti dentro, se non si dovesse presto esser persuasi del rigore scientifico d'una sistemazione in mirabile veste rappresentata.

Con fine ed acuta disamina si svolge nella trama di fila sottili, la tela delle ansiose ricerche che l'uomo sin dall'origine sempre ha fatto per mantener più a lungo la vita e respinger indietro la morte. Così suggestione e magia sono fantasmi che si affacciano nel faticoso progredire della scienza e dietro il medico si profila l'ombra del mago.

« Quando tre secoli e mezzo fa, Bartolomeo Eustacchio scoprì quei due corpicciattoli fin allora compresi coi reni, che oggi chiamiamo capsule surrenali, avrebbe egli supposto (domandava Augusto Murri) che la penetrazione di un parassita come il bacillo di Koch, in quei reni succenturiati, doveva influire sull'anima? Un uomo fino allora forte, coraggioso, allegro, attivo, diventa ad un tratto debole, vile, malinconico, inerte? Come? Anche la virtù può essere insidiata da un bacillo? Invenzioni dei medici (così argutamente l'acuta osservazione si chiudeva), i quali, si sa, han sempre tenuto inique relazioni con le occulte potenze diaboliche! ».

Castiglioni con l'arte sua di coloritore magnifico riesce a penetrare le « occulte potenze », e fin dai primi capitoli risalendo all'anima primitiva, nei confronti sicuri fra il fanciullo e l'adulto, fra il primo nucleo umano e l'evoluzione millenaria della specie, fra la tribù selvaggia e la società organizzata nei suoi ultimi sviluppi, la concezione della vita e della morte illustra e sviluppa per passaggi diversi, attraverso l'evocazione magica e la divinazione. Si profila quindi la personalità dell'incantatore, e dai suoi reconditi recessi è svelato tutto l'ambiente magico, sono interpretati i mezzi magici, gli amuleti con il loro carattere profilattico, i feticci, e si scorgono infine le loro interferenze con il mondo psichico.

Dall'apparizione sulla terra dell'homo sapiens che si erge in piedi e fa sprizzar le prime scintille del fuoco che illumina le caverne, seguendo via via le grandi linee di avanzamento, che s'intrecciano, si spezzano, si riallacciano, si arrestano, e riprendono lor corso, si ritroveranno sempre le idee e le con-

cezioni del primo uomo nella psiche dell'uomo moderno.

Viene fissato perciò, dal Castiglioni, un grande principio: la conoscenza umana, come la grande madre terra che tutto custodisce, conserva negli strati profondi della subcoscienza « mutata o immutata, ma sempre viva, la traccia di quel che le è stato affidato ».

Le interferenze dipendono dai varii aspetti dei fenomeni biologici (fisici, chimici, psicologici) e tutte le pratiche magiche o mistiche, tendono a ricercare la presenza dell'anima e della vita e del principio vitale intangibile.

Sorge la magia perchè l'uomo nella lotta per l'esistenza non sa, o tutto non può sapere; ha l'ansia tormentosa dell'ignoto, ma serba la virtù di una profonda e remota intuizione.

I riti di sangue con sacrifici di vite umane danno all'autore motivo di rilevare la primitiva intuitiva percezione di una verità fondamentale sulla parentela biologica (la « voce del sangue ») e per raffrontare con qualche, sia pur lontanissimo riferimento, le concezioni empiriche coi risultati dei più recenti studi sui gruppi sanguigni.

I fatti di divinazione nelle pratiche degli stregoni africani invitano a meditare, ed il Castiglioni che tale meditazione ha coscienziosamente compiuta, ammette che nell'uomo ancor allo stato selvaggio, nel quale sono assai scarse le soprastrutture derivate dalle moderne attività dei civili consorzi, esistano o almeno siano esistiti poteri di sensibilità o ricettività di sensazioni, che sfuggono ai nostri sensi, e che ci sono ignoti o che abbiamo perduto: come il fiuto del cane poliziotto, come l'orientamento nel volo degli uccelli, percezione quest'ultima che possiamo raggiungere soltanto col sussidio di mezzi strumentali.

Si conclude perciò dall'A. che il fatto della divinazione, cioè della possibile conoscenza delle cose occulte, costituendo un concetto antico, quanto l'umano ragionamento, deve avere un principio di verità.

Molto apprezzabile per lo scrupolo col quale la nobile fatica è stata condotta, è la parte del libro che studia la magia nei diversi popoli, e nelle civiltà che coi lor miti e le loro divinità compirono il loro ciclo, come la babilonese, l'egiziana, la giudaica, la cinese, quella della Grecia antica e dell'Italia antica; prezioso è infine, per il grande interesse che nei confronti con altre razze deriva, quanto è dato sapere dei popoli dell'America vissuti avanti la scoperta di Cristoforo Colombo. In tutte le sezioni del libro, ma in questa in particolare, il piacere della lettura è accresciuto dalla presenza di una ricca e veramente originale iconografia.

Man mano che dalla preistoria, e dall'età remote ci si avvicina ad epoche di più avanzata evoluzione, la visione si allarga. Sono così studiate magia diabolica e stregoneria, ad estirpar le eresie dalla Chiesa, nella dottrina dei grandi dottori (San Tommaso d'Aquino), combattute, durante l'era di mezzo, verso il mille e più avanti ancora.

Con il Rinascimento vie nuove si aprono alla civiltà, gli orizzonti si allargano alla scienza ed all'indagine critica; compaiono i precursori del metodo sperimentale (Ruggero Bacone) ed ecco l'astrologia, ed accanto la medicina astrologica e poi l'alchimia; rifioriscono le scuole filosofiche, — domina Aristotile — e ci troviamo all'orientamento scientifico del settecento.

Qui l'idea magica si è organizzata con le sue pratiche, e sovrasta in tal campo l'avventuriero palermitano, Giuseppe Balsamo Conte di Cagliostro o, come lo definisce l'autore, il mago per eccellenza, secondo l'antico senso della parola; mala fama famosus, che dopo lungo vagabondare, caduto finalmente in potere della Curia di Roma, chiude l'agitata vita nel forte San Leo e siccome eretico e ciurmadore ne viene sepolto il corpo, extra moenia sanctae romanae ecclesiae.

L'A. con gli ultimi capitoli, esaurisce, attraverso una poderosa disamina, tutta la grande storia della magia, che in quella della medicina s'inserisce, e condensando la fervida ed abbondante materia, perviene alla sistemazione e cristallizzazione delle magie nelle varie forme e nelle differenti leggi, per accennare infine, dal punto di vista scientifico, alla forza suggestiva, la quale può essere mezzo di cura in singoli casi benefico, ma che spesso diviene estremamente pericoloso.

Da un altro lato Castiglioni, si diffonde sullo spiritismo « tentativo, egli dice, di una spiegazione accettabile per la critica cosciente, di fatti d'ordine magico ».

Negli aspetti modernissimi, l'A. particolarmente considera il cinematografo quale mezzo di comunicazione di facoltà emotive, perchè parla agli istinti più direttamente del teatro, mentre questo fa, prevalentemente, appello alla ragione ed alla critica.

Tutto il meccanismo della vita modernissima con i più perfezionati mezzi tecnici potrebbe esser considerato, dice l'A., come la evoluzione dell'incantesimo e della magia, e raffronta telefono e telepatia, televisione e divinazione.

Verso la fine del libro, ed a concludere, l'A. può tornare alla premesse; ha cioè dimostrato che la magia accompagna l'umanità passo per passo, e sopravvive nelle varie forme, più o meno diffusa a seconda delle mutevoli condizioni; rileva che la scienza ritorna in fondo alle prime concezioni magiche quando riafferma il vincolo che lega gli organismi al cosma e alla universalità delle leggi che lo regolano.

Medici e studiosi potranno leggere con godimento e più che tutto con profitto, questo

nuovo libro dello storico insigne, per il fervore di cui è pervaso, e per il rigore scientifico che lo presidia.

Castiglioni ha compiuto opera mirabile, di altissimo valore, che porta nuovo e forte contributo a scoprire i misteri profondi dell'anima umana nel singolo e nella collettività, dalle origini ai giorni nostri, e a misurare la tenace forza istintiva che sospinge quanto più indietro può, la morte, per conservar più a lungo però la vita.

CESARE FRUGONI.

## CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

F. ALQUIER. *La cellulite. Pathologie, thérapeutique, applications médico-chirurgicales.* Vol. in-8°, di 238 pagg. Masson & C.ie, Paris, 1933. Prezzo 30 fr.

È del tutto recente il concetto di cellulite, (non già malattia delle cellule, ma distensione patologica che si può estendere a tutti i punti occupati dal connettivo) ed è questa la prima monografia sull'argomento, in cui l'A. dimostra che tale malattia dipende dall'attività del tono cellulare.

La malattia non è grave di per sè stessa, ma compromette l'equilibrio dell'organismo annichilando le sue reazioni di difesa. L'A. rileva che la retrattilità tissulare è un vero riflesso paragonabile alla vaso-motricità, da cui è però distinta; entrambe dipendono dall'innervazione vago-simpatica e tutto quanto eccita uno dei due riflessi può ugualmente provocare l'altro.

È all'increspamento tissulare sui nodi cellulitici che si devono attribuire svariati disturbi: dolori, crampi, rigidità, spasmi di torsione, deviazioni scheletriche, disturbi della vasomotricità e di altre reazioni vago-simpatiche. La cellulite va pertanto considerata come uno dei fattori principali di squilibrio delle reazioni nervose e specialmente del sistema vagosimpatico e va quindi presa come obbiettivo di una terapia di vari disturbi funzionali.

Per ogni malato è necessario un attento e completo studio dei disturbi morbosi, e l'A. fornisce in proposito una buona guida. Soltanto in tal modo si potrà dare alla cellulite il posto che si merita e dirigere il trattamento, su cui si diffonde l'A. *fil.*

I. D'ORNANO. *Diagnostic clinique de l'arythmie complète.* (Prefaz. del Prof. C. LAUBRY). Ed. Doin, Paris, 1934. Fr. 25.

Il libro breve e chiaro della D'Ornano preceduto da una lusinghiera prefazione del suo Maestro C. Laubry, porta un utilissimo contributo alla diagnosi clinica dell'aritmia completa.

L'A. discute i segni semeiotici in base a cui la diagnosi è possibile: gli elementi che permettono di differenziarla dagli altri disturbi del ritmo; le sue cause più frequenti e i fenomeni che influiscono sulla sua interpretazione prognostica.

È un piccolo libro utile e piano, che merita di essere letto: ed una dimostrazione di quanto si può fare al letto del malato senza il sussidio di particolari metodi di ricerca.

V. SERRA.

S. WASSERMANN. *Das akute kardiale Lungenödem und sein reflektorische Mechanismus.* Vol. in-8°, di 104 pag. Urban e Schwarzenberg, Wien.

Buona monografia sull'edema polmonare acuto, cardiaco, di cui tratta la patogenesi, la fisiopatologia, la sintomatologia, la diagnosi differenziale e la terapia. Egli riconduce essenzialmente ad un riflesso cardiaco la genesi della sindrome e concorda con le vedute di Luisada che, in un capitolo della monografia sull'edema polmonare acuto pubblicata da C. Frugoni (Pozzi ed., Roma) sostiene la grande importanza dei fattori nervosi. Tali idee sono citate dall'A.

In base a queste vedute, l'A. consiglia, per la terapia, di provocare un controriflesso mediante la compressione della carotide che, in qualche caso, porta l'improvvisa scomparsa dei fenomeni. *fil.*

*Bollettino dell'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini »*, Anno VI. Vol. in-16°, di 202 pag. Off. tip. A. Pacinotti, Pistoia, 1933.

L'Accademia medica pistoiese pubblica annualmente il resoconto della sua attività in una bella edizione con figure. In questo volume, il sesto della serie che comprende l'anno 1933. troviamo, dopo una memoria del prof. G. A. Dotti sulla radiumterapia microenergetica, il resoconto del congresso regionale, tutto dedicato alla poliomielite. Molto opportunamente, poi, si è dato ad alcune sedute dell'Accademia un carattere omogeneo, trattandovi un solo argomento: in una, il cancro con contributi di osservazioni statistiche locali; in un'altra, preceduta da una conferenza del prof. C. Frugoni sul reumatismo tubercolare, l'azione delle acque minerali. Fra gli altri contributi interessanti trattati nelle varie sedute, citiamo uno dello stesso direttore, prof. C. Cantieri sul mimetismo familiare tubercolare, un altro di Romagnoli sulla tubercolosi nel Clero e nel personale delle Colonie estive e vari altri. Da ultimo, un ricco notiziario. A. F.

G. PIRANI. *Lezioni di tisiologia.* Vol. di pagg. 315. Lecco, 1934. L. 15.

L'A., direttore dell'Istituto V. E. III, per la profilassi e la cura della tbc., ha riunito in questo bel volume, venti conferenze clinico-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

sociali sulla tubercolosi, tenute ai medici condotti del circondario di Lecco nell'Istituto suddetto. Gli argomenti trattati non riguardano sistematicamente un dato campo, ma riguardano i problemi più importanti dell'ora cui i singoli conferenzieri apportano il frutto della propria esperienza. Con quale competenza siano stati gli argomenti esaminati, risulta dalla semplice lettura del nome dei singoli Maestri che disinteressatamente collaborarono.

Tra essi vediamo: lo Zoia, che parla sul valore diagnostico delle febbricola nei tbc.; il Carpi, sulla prognosi della tbc.; il Ronzoni, sulle pleuriti tbc., e sulla diagnosi precoce della tbc.; il Redaelli, sulla frenicotomia nella cura della tbc. polmonare; il Cova, sulla radiologia nella diagnosi della tbc. e sul comportamento del medico pratico di fronte alla tbc. in gravidanza; il Salvini, sul dispensario antitubercolare profilattico. Altri problemi vengono trattati dal Ferrari, dal Cecchini, dal Sella, dal Gabellini. Due conferenze sono dovute al Pirani stesso, ed infine una conferenza porta il nome del compianto prof. Cattaneo e tratta della tbc. nei primi anni della vita. MONTELEONE.

L. BERNARD-R. EVEN. *Thérapeutique hydro-climatologique de la tuberculose.* Vol. di pagg. 145. Masson et C.ie, 1934. Fcs. 20.

L'esperienza, derivata dal numero dei fatti osservati dai due eminenti tisiologi, ha loro dettato questo manualetto che vuol esser rivendicazione della creno-climatoterapia della tbc., di fronte all'insidiosa idea che la moderna auroterapia o collassoterapia possano aver preso il posto delle cure di riposo, delle cure marine, o montane.

Gli AA. respingono la divisione delle tbc. in mediche e chirurgiche, e separano le tbc. locali dalle tbc. con reazioni generali, a ciascuna delle quali consacrano un capitolo sulla crenoterapia e sulla climatoterapia. Danno nozioni generali sui climi, sui fattori climatici, formulano le norme di tecnica per la buona condotta della cura, in particolare arrestandosi alla descrizione dei climi e delle regioni climatiche francesi. MONTELEONE.

M. PIÉRY. *Thérapeutique hydro-climatique des maladies non tuberculeuses de l'appareil respiratoire.* Vol. di pagg. 159. Masson et C.ie, 1934. Fcs. 20.

I progressi della idroclimatologia, sia dal punto di vista clinico che sperimentale, hanno rinnovato ed ampliate indicazioni e tecnica di applicazione delle cure idroclimatiche nelle malattie respiratorie non tubercolari: l'effetto di esse non è più schematizzato nella semplice azione anticatarrale. Il Piéry esamina successivamente l'evoluzione delle idee sul trattamento idrominerale delle pneumopatie, l'azione generale delle acque e degli agenti climatici, le indicazioni e controindicazioni nelle malattie delle vie respiratorie profonde (bronchiti, enfisema, sclerosi, bronchiettasie, gangrene, adenopatie ecc.). Termina con un capitolo riguardante la tecnica ed il controllo delle cure. Nei singoli capitoli sono ricordate le adatte stazioni termali francesi, civili e militari.

Come il precedente, è un buon libretto di volgarizzazione pratica e di pratica propaganda nazionale. MONTELEONE.

G. ALBERTI. *Consigli ai diabetici.* Un op. di pagine 64. Gio e F.lli Buitoni, Sansepolcro (Arezzo).

Quando la pubblicità viene fatta sotto questa forma, è la benvenuta, poichè si rende utile senza restrizioni.

E quando la divulgazione di cognizioni igienico-sanitarie è fatta con tanta maestria, non può che essere accetta ed apprezzata.

Il dott. Alberti dimostra una vera competenza specifica: egli espone, sul diabete, cognizioni bene aggiornate e da ciò deriva una messa a foco perfetta. Al tempo stesso egli scrive lucidamente e gradevolmente. Ancora: sintetizza le cognizioni esposte, è semplice e conciso.

Il libro è stato concepito secondo un piano pratico: addita le difficoltà e insegna a superarle; precisa i dettagli; dà numerosi schemi dietetici. Non invade mai il campo del medico; anzi ammonisce e avvia a valersi dell'opera del medico.

Naturalmente i prodotti della Casa Buitoni son posti in piena evidenza; ma si tratta di una produzione ottima, che onora l'industria nazionale: possiamo consentire, dunque, nell'avvalorarla e raccomandarla.

Il breve manuale offre un'ottima guida al diabetico, il quale, dopo averlo letto e meditato, saprà come orientarsi. Può essere utile anche al medico, il quale non mancherà di additarlo ai suoi malati. L. V.

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## Reale Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

Seduta del 4 giugno 1934.

Presiede: L. GIUFFRÈ, presidente.

### Ricerche sul fenomeno di Sanarelli-Shwarzman.

F. GENTILE. — Dalle ricerche dell'O. condotte allo scopo di vedere se il fenomeno è determinato dalle eso o endotossine, adoperando il nucleoproteide estratto da batteri, risulta: 1) col nucleoproteide estratto dal b. coli si ottiene nei conigli una tipica ed intensa reazione emorragica; 2) anche col nucleoproteide il fenomeno dimostra una assoluta aspecificità in quanto praticando come iniezione endovenosa il filtrato di brodocultura di vibrioni colerigeni si ha nelle aree pretrattate con il nucleoproteide estratto dal b. coli, una intensa reazione emorragica; 3) dato che il nucleoproteide, prodotto derivante dal disfacimento dei germi, determina un fenomeno spiccatissimo si arguisce che la reazione emorragica può essere ottenuta con sostanze a tipo endotossine; 4) la iniezione intradermica, sia nel caso che si inietti il nucleoproteide batterico, come nel caso che si inietti il filtrato di brodocultura, determina costantemente al posto dell'iniezione una reazione infiammatoria macro e microscopica bene evidente. I reperti microscopici mostrano chiaramente che sotto l'influenza della sola iniezione intradermica, o filtrato di brodocultura o soluzione di nucleoproteide estratto dai batteri, si hanno i segni di un processo infiammatorio lievemente emorragico; 5) la iniezione endovenosa invece determina nettamente una variazione sugli elementi dell'essudato, che per effetto della prima iniezione infiltrano il derma ed il sottocutaneo. La reazione positiva è infatti determinata da un afflusso di sangue rilevante, per cui in gran copia globuli rossi infiltrano il derma ed il sottocutaneo, e si accompagna ad una dilatazione eccessiva dei capillari, e tutti gli altri fenomeni caratteristici del processo infiammatorio.

### Sul comportamento del potere anticomplementare autonomo del siero per introduzione di proteine eterogenee nell'organismo.

L. LA GRUTTA. — Il potere anticomplementare autonomo del siero di sangue di coniglio aumenta per l'introduzione diretta nel circolo sanguigno di proteine di cavallo e di maiale (siero di sangue). Tale aumento non si manifesta subito dopo l'iniezione, ma dopo alcune ore e permane per un periodo più o meno lungo che non supera però i 4-5 giorni; dopo di che si ha il ritorno alla norma. L'ovoalbumina non è capace di suscitare nel coniglio variazioni apprezzabili del potere anticomplementare autonomo del siero.

### Sul comportamento del potere anticomplementare autonomo del siero nell'anafilassi.

L. LA GRUTTA. — La reiniezione endovenosa di antigene (siero di cavallo) nel coniglio trattato con ripetute iniezioni sottocute in modo da produrre il fenomeno di Arthus, provoca un marcato aumento del potere anticomplementare. Tale aumento è transitorio, insorge subito dopo la reiniezione e scompare entro le 24-48 ore. Nelle cavie in cui si provoca il fenomeno di Smith non si è potuto mettere in evidenza alcuna costante ed apprezzabile variazione del potere anticomplementare autonomo.

### Sul comportamento del potere anticomplementare autonomo del siero per introduzione di metalli colloidali nell'organismo.

L. LA GRUTTA. — L'argento, lo zolfo ed il rodio colloidale iniettati per via endovenosa nel coniglio determinano costantemente un abbassamento del potere anticomplementare del siero. Tale abbassamento si manifesta per l'argento colloidale dopo alcune ore (2-24) dall'iniezione e perdura per un tempo più o meno lungo che non supera in genere le 72 ore; dopo di che i valori del potere tornano, o tendono a tornare alla norma. Quando si inietta il rodio colloidale al primo periodo di abbassamento, che in genere non si protrae oltre le 24 ore, segue un costante aumento del potere anticomplementare autonomo che supera nettamente i valori normali di partenza.

### Sull'azione dell'ormone emopoietico del fegato.

A. MOTTAREALE. — L'O. ha studiato l'azione dell'ormone emopoietico del fegato, preparato secondo la tecnica di V. C. Piazza, in 33 casi di anemie sia primitive, che secondarie, somministrandolo per via parenterale nella dose giornaliera di 4 centigrammi. Egli ha costatato che le anemie, sia secondarie, sia primitive, sia plastiche, sia aplastiche rispondono allo stimolo ormonico o immediatamente o lentamente. In quasi tutti i casi, prima ancora di qualsiasi modificazione ematologica, gli ammalati percepiscono un senso di euforia. In seguito, gradatamente, e qualche volta anche rapidamente si costata l'aumento del numero degli eritrociti e spesso anche una iperglobulia, e nelle forme primitive si costata la scomparsa graduale dalla circolazione delle forme immature e la regolarizzazione del valore globulare. Colla somministrazione metodica a lungo protratta si arriva gradatamente alla regolarizzazione della massa eritrocitica e del suo contenuto emoglobinico. Nelle forme primitive però quando si sospende la somministrazione dell'ormone emopoietico, gradatamente ricompare l'anemia, mentre nelle forme secondarie quando si è raggiunta la massa eritrocitica normale essa persiste immutata. L'O. ha inoltre costatato effetti secondari: diminuzione del volume della milza e la chiarificazione della cute ipercromatica, ed in qualche caso la comparsa in circolo di parassiti malarici, espressione della riattivazione di un processo latente. L'O. ha inoltre costatato che esistono alcune forme di anemie, nelle quali nonostante la somministrazione prolungata di ormone emopoietico non si costata alcuna modificazione ematologica, nè alcun beneficio subiettivo. Queste forme di anemie, che dal punto di vista ematologico, vengono definite come aplastiche, devono essere ritenute come aplastiche anche dal punto di vista funzionale, perchè sotto l'azione prolungata dell'ormone non si costata nessuna risposta da parte degli organi emopoietici. A queste forme appartengono le anemie dei carcinomatosi, nei quali l'effetto della somministrazione anche prolungata dell'ormone

è permanentemente negativa, e le anemie degli anchilostomiasici, nei quali l'azione dell'ormone emopoietico è negativa sino a quando esiste nell'intestino il parassita. Quando questo è completamente eliminato allora l'azione dell'ormone emopoietico è pronta ed immediata tanto sulla quantità degli eritrociti, quanto sul contenuto emoglobinico. Nelle anemie degli epatici, nonostante la gravità della lesione epatica si costata spesso una risposta pronta ed immediata specialmente per quanto riguarda l'emoglobina.

In base a tali costatazioni è necessario distinguere le forme anemiche in forme ormonosensibili ed in forme ormonoinsensibili. Fra le ormonoinsensibili è necessario distinguere quelle nelle quali l'ormonoinsensibilità è transitoria, come nel caso dell'anchilostomiasi.

Qualche volta eccedendo nelle dosi si osserva il fenomeno paradosso dell'azione negativa, anzichè rafforzatrice dell'affetto.

#### Sulla patogenesi delle anemie.

V. CESARE PIAZZA. — In base agli studii sull'ormone emopoietico da lui isolato e da quelli dei suoi collaboratori, l'O. mette in rilievo nel fegato la esistenza di una normale secrezione interna che regolarizza la massa del sangue colla secrezione di un ormone emopoietico. In base a tali risultati la massa eritrocitica ed il suo contenuto emoglobinico è regolato dalla secrezione normale di tale ormone che agisce sugli organi emopoietici. Nella patogenesi delle anemie bisogna quindi tenere presente tale secrezione interna ed interpretare le anemie come insufficienze emopoietiche. Tale insufficienza emopoietica, avviene o per la insufficiente secrezione da parte del fegato dell'ormone emoregolatore, o per la insufficiente sensibilità ormonica degli organi emopoietici (insensibilità che può essere o transitoria o permanente). In quest'ultimo caso gli organi emopoietici incapaci di rispondere allo stimolo normale, hanno bisogno di una maggiore quantità di stimolo, che il fegato non può secernere. Allora la reintegrazione della massa del sangue avviene insufficientemente e lo stato di anemia va a poco per volta stabilizzandosi. Lo stato di anemia è quindi l'espressione morfologica di una insufficienza endocrina che riguarda l'apparato emopoietico, insufficienza che può essere o assoluta per insufficiente secrezione ormonica da parte del fegato o relativa in quanto che gli organi emopoietici che devono rispondere a tale stimolo sono divenuti insensibili, o hanno bisogno di uno stimolo più forte che il fegato non può fornire. *Il Segretario*: A. AMATO.

## Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 9 giugno 1934.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

#### Sull'alzata precoce degli operati.

Prof. G. LINO. — L'O. sostenitore dell'alzata precoce degli operati, dà conto della sua esperienza in proposito mettendo in rilievo i benèfici effetti del metodo adottato, ricavati dai suoi operati.

#### Sulla reazione di Aschheim-Zondek in gravidanza con feto morto.

Dott. VITO CONSOLI. — L'O. dopo aver ricordato i pochi casi nella letteratura di Reazione di Aschheim-Zondek positiva in gravidanza con feto morto, riferisce un caso capitato alla sua osservazione. Trattavasi di una donna amenorroica da dieci mesi e mezzo, la quale da circa due mesi non avvertiva i movimenti del feto. Fatta diagnosi di feto morto, in rachianestesia, previa dilatazione della bocca uterina, veniva estratto un feto in avanzata macerazione.

La reazione di Aschheim-Zondek-Friedmann praticata con le urine raccolte prima dell'atto operativo, aveva dato risultato leggermente positivo.

L'O. conclude ammettendo che nelle urine di detta donna dovevansi trovare piccole quantità di Prólan secreto dalla placenta che conservava ancora, sebbene affievolita, la sua vitalità.

#### Amebiasi in affezioni chirurgiche dell'apparato digerente.

Dott. G. FINOCCHIARO AMANTIA. — L'O. presenta vari casi di amebiasi in associazione con lesioni chirurgiche dell'apparato digerente; fa rilevare quanto sia interessante ai fini clinici e terapeutici mettere in evidenza una tale associazione ed insiste sull'importanza di una attenta ricerca anatomica.

#### Amebiasi in gastroenterostomizzati per ulcera.

V. LOMBARDO. — L'O. illustra due casi di Amebiasi in gastrointerostomizzati, che in seguito a cura di Ementina e zolfo guariscono, e richiama l'attenzione dei chirurgi sulla possibilità dell'asl'associazione dell'Ameba all'ulcera gastrica.

#### L'influenza delle sensazioni gustative sulla curva della fatica dei muscoli masticatori.

Dott. ATTILIO DE LUCA. — L'O., premesso qualche cenno sullo sviluppo della gnatodinamometria e sulla utilità che essa può avere nel campo stomatologico, espone i risultati di esperienze da lui eseguite con lo ergografo Clementi sulla influenza che esercitano le sensazioni gustative elementari sulla curva gnatoergografica. Le sostanze in soluzione, applicate sulla lingua immediatamente prima di iniziare l'ergogramma furono: il saccarosio e la saccarina per il sapore dolce, il chinino per l'amaro, il cloruro di sodio per il salato, l'acido citrico per l'acido. Si esperimentò con soluzioni che diedero con la stessa sostanza sensazioni piacevoli o spiacevoli secondo la concentrazione.

L'A. viene alla conclusione che le sensazioni gustative, se piacevoli, aumentano il lavoro dei muscoli masticatori, se spiacevoli, lo diminuiscono anche se resta fondamentalmente invariato il tipo del sapore alimentare.

#### Perforazione palatina dovuta a ventosa di protesi a placca.

Dott. ATTILIO DE LUCA. — L'O. illustra un caso di perforazione palatina in un soggetto di 64 anni, edentulo e che portava da circa 7 anni una protesi superiore completa fornita di ventosa.

Poichè fu possibile escludere l'infezione luetica nel paziente, l'A. conclude che in questo caso il fattore traumatico, rappresentato dall'azione della ventosa di gomma che negli ultimi tempi era stata adoperata molto rigida e spessa, sia sufficiente a spiegare il meccanismo patogenetico nel caso illustrato.

**Sopra un caso di appendicite acuta a peritonite generalizzata durante l'amebiasi intestinale.**

Dott. L. CALABRESE. — L'O. illustra un caso di appendicite acuta e peritonite generalizzata in un individuo affetto da amebiasi intestinale cronica. Accenna alla difficoltà di stabilire la diagnosi di appendicite vera nel decorso dell'amebiasi intestinale, e conclude che in tale affezione anche le forme lievi di appendicite devono essere trattate con l'intervento chirurgico precoce, poichè non è possibile prevenire anche con la cura medica antiamebica l'insorgenza di gravissime complicazioni. *Il Segretario*: G. DI MACCO.

## Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 30 maggio 1934.

Presidente: Prof. A. CESARIS DEMEL.

**Studio istologico di un caso di asma bronchiale in un bambino.**

Prof. VENCESLAO CESARIS DEMEL. — L'O. illustra il caso di un bambino presentante costituzionalmente stato linfatico con diatesi essudativa, in cui lesioni vasomotorie nell'ambito dell'albero bronchiale determinarono l'istituirsi di un processo di peribronchite diffusa, con ipertrofia delle cellule muscolari liscie della parete bronchiale che contraendosi poi accessionalmente vennero a costituire la base anatomica e funzionale della grave sindrome asmatica, che manifestatasi replicatamente in vita, si aggravò fino alla morte determinando collateralmente l'istituirsi dell'enfisema vescicolare diffuso e qualche raro e piccolo focolaio broncopneumonitico.

**Il trattamento medico delle suppurazioni polmonari.**

Prof. G. BAGNARESI. — L'O. fa una breve rassegna della terapia medica delle suppurazioni polmonari, esponendo una casistica personale di 11 casi di ascessi del polmone e di 5 casi di bronchiectasie. Ritiene consigliabile il trattamento medico misto dell'ascesso polmonare, dando la preferenza all'arsenobenzolo ed all'alcool per via intravenosa. Sopra 6 casi trattati in questa maniera ha ottenuto tre guarigioni, di cui una temporanea, un miglioramento e due insucessi.

*Il Segretario.*

## Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 23 giugno 1934.

Presiede il prof. PIERO SISTO.

Comunicazioni:

Prof. G. FAVARO. — *Intorno all'« Anulus scrotalis » del Domrich ed al « terzo anello inguinale » del Mc Gregor.*

Dott. G. PANCRAZI. — *Intorno alle terminazioni del nervo tibiale e dell'arteria tibiale posteriore.*

**Nuovo contributo alla conoscenza dell'anormale sviluppo delle cellule etmoidali posteriori.**

Dott. PANCRAZI. — L'O. illustra un caso nel quale una cellula etmoidale posteriore, enormemente sviluppata da ambo i lati allo indietro e in basso, invade la rispettiva porzione laterale del corpo dello sfenoide, e, per un tratto considerevole, anche la grande ala dello stesso lato.

**Un caso di Pneumotifo.**

Prof. BARBANTI SILVA RAUL. — L'O. descrive un caso di broncopolmonite da bacillo di Eberth in infezione decorsa senza lesioni intestinali; si addentra nella patogenesi e anatomia patologica della lesione, difende il termine di pneumotifo per quelle infezioni dove non esistono lesioni intestinali, essendo del parere di continuare a chiamare invece broncopolmoniti tifose le complicazioni di flogosi polmonare nel corso dell'ileo tifo.

**Appunti su l'assicurazione malattie professionali.**

Prof. G. DOMENICHINI. — L'O. riferisce su la recente legge delle malattie professionali mettendola a confronto con la legge degli infortuni industriali. Critica specialmente l'elevamento della carenza e del minimo di indennità che dal 5 % negli infortuni industriali è portato al 20 % nelle malattie professionali.

**Lesioni epatiche da bacilli tubercolari entro la cistifellea.**

Dott. M. MONTANARI REGGIANI. — L'O. ha studiato il modo di reagire nel fegato e delle vie biliari all'introduzione di bacilli tubercolari, di provata virulenza, nella cistifellea di alcuni animali da esperimento, riscontrando costantemente e prevalentemente iperplasia dei dotti biliari.

Questa iperplasia per quanto meno evidente, venne però riscontrata anche nel fegato di animali nei quali era stato iniettato mezzo cmc. di soluzione fisiologica nella cistifellea.

I risultati ottenuti nelle precedenti ricerche vengono perciò a perdere molto del loro valore, data la sensibilissima reazione dimostrata dell'epitelio biliare al più piccolo stimolo.

*Il Segretario.*

## Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta ordinaria del 7 giugno 1934.

Presidente: Prof. C. MERLETTI.

**Tumore in sede rolandica inferiore controllato all'intervento operatorio.**

G. BOSCHI e G. CAMPAILLA. — Due aborti, liquor xantocromico, Wassermann nel liquido ++++, un aggravamento in seguito a crisi apoplettiformi, l'estensione focale della sintomatologia, dall'anosmia omolaterale alle turbe della stereognosi e piccoli segni piramidali non soltanto unilaterali, potevan far pensare ad una pachimeningite emorragica. Il diagnostico avrebbe potuto essere sviato dal reperto radiologico che, mostrando distruzione fra sella ed apice della rocca, poteva indiziare una sede di forma media verso la linea mediana.

Viceversa, principalmente in base alla modalità di progressione dei sintomi nel decorso, dalla disartria agli accessi jacksoniani seguiti da paresi, gli OO. addivennero alla indicazione operatoria per tumore della regione rolandica inferiore.

La diagnosi ebbe conferma nel reperto anatomopatologico che mostrò trattarsi di endotelioma psammomatoso della detta regione.

Discussione: EUGENIO CASATI, GAETANO BOSCHI.

**Modificazioni del campo visivo nei piloti d'aviazione.**

EMANUELE CASATI. — L'O. ha esaminato il G. V. di 50 piloti ed osservatori di aviazione prima e dopo voli di varia durata, riscontrando nei piloti diminuzione concentrica del G. V. e lievi alterazioni del senso muscolare. L'O. ritiene che tale fatto sia dovuto unicamente od in gran parte ad un processo di affaticamento muscolare; ciò sarebbe dimostrato dalle alterazioni se pur lievi del senso muscolare e dal fatto che il restringimento del C. V. si ha specialmente dopo voli di maggior durata, mentre nessuna influenza hanno l'altezza e la velocità e nessuna modificazione si nota negli osservatori.

**Nuova terapia della congiuntivite gonococcica.**

EMANUELE CASATI. — L'O. dopo aver accennato alle varie cure locali e generali della C. G. dei neonati e degli adulti, alla difficoltà di ordine pratico che tali cure presentano specie negli ambienti privati, e alle gravi complicazioni che sovente la C. G. porta, espone i risultati ottenuti in alcuni casi di C. G. di neonati e di adulti istillando deboli soluzioni di bleu di metilene al 1/2 % ottenendo in tutti senza eccezione la attenuazione e la scomparsa della secrezione dopo poche ore, nessuna complicazione corneale, rapida scomparsa del gonococco dal secreto congiuntivale. Ha in preparazione una nota completa di tale sua nuova terapia.

**Sull'azione dei raggi chimici, termici e luminosi del sole nei roditori.**

MIANI e NATALI. — Gli OO. hanno voluto ripetere gli eserimenti di Rembinger e Bally sull'azione dei raggi solari (chimici, termici e luminosi) nei roditori convinti della necessità di approfondire le cognizioni attuali sull'insolazione e sul colpo di calore. Hanno modificato quando si è resa necessaria la tecnica.

Hanno fatto ricerche minuziose sulla formula leucocitaria degli animali colpiti, ed avendo osservato che:

1) i felini ed altri animali omeotermi non presentano se esposti al sole anche per lungo tempo fenomeni degni di nota;

2) le formule leucocitarie hanno valori pressochè normali;

3) i raggi termici sono insufficienti da soli di portare a morte l'animale da esperimento, e solo in presenza di umidità acquistano tali prerogative;

4) i raggi chimici non sono da soli imputabili dei fenomeni osservati;

5) i luminosi invece sono sempre presenti all'esplicarsi del fenomeno;

6) la balneazione salva, introdotta a momento opportuno l'ammalato;

7) l'aereazione tarda singolarmente la morte;

8) i reperti macroscopici anatomo-patologici parlano contro Rambinger e Bailly, di iperemia alle meningi, emorragie puntiformi nell'encefalo, cervelletto, e midollo allungato; sono venuti alle seguenti conclusioni:

I) la crasi sanguigna non può essere imputata;

II) il fattore chimico agisce come catalizzatore del fenomeno;

III) il fattore termico agisce solo se abbinato al fattore umido e luminoso;

IV) questi due fattori sono quelli che gravano col loro peso su tutta la fenomenologia;

V) necessità di ricerche istologiche ed anatomo-patologiche sulle cellule nervose con riguardo speciale al corpo striato, ai nuclei ipotalamici ed al tuber cinereum;

VI) valore della ipersensibilità specifica dell'animale il quale, salendo anche alle scale più elevate (uomo) non dovrà esporsi lungo tempo al sole se l'aereazione non è presente a modificare il calore e se non ha possibilità con l'ingestione e sopratutto con l'aspersione di acqua sulla superficie cutanea di portare la temperatura centrale all'equlibrio necessario ai fini dell'esistenza.

Interloquisce: EUGENIO CASATI.

F. VISALLI. — *Il lagoftalmo paralitico non basta a produrre ulcerazioni corneali.*

BUCCIARDI, A. TORBOLI e L. ROCCATI. — *Tecnica per la determinazione delle misure delle correnti extrapolari nei nervi mielinici.*

SCUTELLARI. — *Saggio funzionale del sistema reticolo-endoteliale col rosso congo per la diagnosi qualitativa della tubercolosi.*

ORTOLANI e CASTAGNARI. — *Ancora intorno ad una particolare distrofia ossea (presentazione della ammalata e di lastre radiografiche).*

VIGNALI. — *L'indice di coagulabilità ed il tempo di stillicidio sanguigno in ginecologia.*

*Il Segretario*: A. VIGNALI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA.

### Pancreatite interstiziale acuta.

Elmann (*Surg.*, *Gin. and. Obst.*, settembre 1933) passa in rivista 37 casi in cui all'intervento si trovò a carico del pancreas edema, aumento di volume e di consistenza senza alcuna traccia di emorragia, suppurazione o necrosi. Fu prelevato un frammento per l'esame microscopico in 6 casi e si trovarono fatti di infiltrazione leucocitaria fra gli acini ghiandolari.

Il quadro clinico di questi casi è di ripetuti attacchi dolorosi all'epigastrio, irradiati spesso verso sinistra e posteriormente, e la possibilità di guarigione spontanea in casi lievi.

Archibald avanzò l'ipotesi appoggiata a dati clinici e sperimentali che il reflusso della bile nel dotto pancreatico sia fattore essenziale in questa malattia.

Il chirurgo dovrà pensare alla possibilità di quest'affezione con i sintomi sudescritti; generalmente dai medici vengono attribuiti ad un attacco di colica epatica. Inoltre si ha spesso glicosuria e fermento pancreatico nel sangue.

Il miglior trattamento è di praticare un'incisione sul pancreas e di zaffare: conviene però associarvi un'operazione sulle vie biliari: colecistectomia nella calcolosi, colecistotomia o colecisto-duodenostomia per drenare la bile.

V. GHIRON.

### Su alcune affezioni acute del pancreas a seguito di interventi sullo stomaco e duodeno.

In occasione della pubblicazione di nove casi osservati di affezioni pancreatiche acute consecutive ad interventi sullo stomaco e sul duodeno dal 1922 al 1932, R. Euren (*Acta Chirurg. Scandinav.*, fasc. IV, 1933), passa brevemente in rivista la letteratura sull'argomento ed i fattori etiologici e patogenetici degli incidenti pancreatici che possono interessare questa parte della chirurgia del pancreas. Nella discussione dei traumatismi operatori suscettibili di essere seguiti d'affezioni pancreatiche egli adotta, nelle grandi linee, le idee di Clairmont, Walzel, Usland.

In un materiale di 616 intervenuti sullo stomaco e duodeno, ha osservato 9 casi di stati che furono considerati come complicazioni pancreatiche postoperatorie acute, di carattere più o meno grave, spesso mortale; 8 dopo resezione, 1 dopo gastroenterite.

Discute le relazioni di causa ed effetto tra il traumatismo operatorio e le lesioni pancreatiche da questo apportate senza però trovare dati decisivi a favore di tale rapporto.

In base al materiale suo e degli altri egli crede poter insistere sui seguenti punti:

1) Un'ulcera che penetra profondamente nel pancreas impone una grande prudenza nella scelta dell'intervento; la penetrazione profonda può costituire una controindicazione assoluta alla resezione;

2) Bisogna evitare l'escissione al bistouri dal fondo dell'ulcera penetrante nel pancreas, nè cauterizzare il fondo della nicchia abbandonata nel pancreas, contentandosi di un nettaggio lieve;

3) Evitare durante l'intervento i traumatismi sul pancreas, e di comprendere la sua capsula nella sutura d'affondamento del moncone duodenale;

4) Quando si teme di aver causato lesioni anche minime del tessuto pancreatico, si deve lasciare un drenaggio.

Tra i segni clinici di queste pancreatiti postoperatorie l'A. ricorda: la riapertura della ferita operatoria con fuoriuscita di pus e di frustoli pancreatici; il dolore; la presenza di diastasi nell'urina (reaz. di Wohlgemuths); l'iperglicemia, la glicosuria.

R. GRASSO.

### Cisti calcificata della milza.

Si ritiene che le cisti uniche della milza siano per lo più dovute ad emorragia, di solito in seguito a trauma.

Le cisti da echinococco in questa sede sono piuttosto rare (2 % dei casi di echinococcosi).

F. Hector Scotson nel *British Medical Journal* (4 marzo 1933) descrive un caso di cisti calcificata in un paziente di anni 44 che subì contemporaneamente l'asportazione dell'appendice, della cistifella e della milza, con esito in guarigione. La milza presentava una grossa cisti con parete spessa e calcificata il cui contenuto era costituito soltanto di colesterina; non fu possibile mettere in evidenza cellule ematiche nè pigmenti ematici.

Non essendosi trovate nemmeno cisti figlie o altri elementi che potessero giustificare il sospetto di echinococcosi, non si venne a nessuna conclusione sulla natura della cisti, sebbene l'A. tenda a considerarla di origine emorragica.

E. CARLINFANTI.

### Ematemesi mortale in uno splenectomizzato per m. di Banti tre anni e otto mesi dopo l'atto operativo.

A. Zeno, F. Ruiz e J. Martinez (*El Dia Medico*, 31 luglio 1933) riferiscono il caso di un giovine di 22 anni che dopo 3 anni e qualche mese dall'operazione, ha una ematemesi di 250 cc. che si ripete a piccoli intervalli e che porta a morte il paziente.

Commentando questo caso i comunicanti dicono che un fatto fondamentale nel prognostico degli splenectomizzati per m. di Banti è la tendenza alle emorragie gastro intestinali, che persistono dopo l'atto operativo, causando in un terzo dei casi la morte del paziente.

Riferiscono la statistica del Pemberton che su 167 casi di anemia splenica e sindrome di Banti splenectomizzati, il 33 % dei decessi ulteriori era dovuto a emorragia e fanno loro la proposta di Pemberton il quale propone e compie la legatura della vena coronaria per ridurre l'enorme turgescenza delle varici dell'esofago e interrompere nello stesso tempo la comunicazione con la circolazione portale. Contemporaneamente fa una omentopessia. I risultati sono migliori. N. DI PAOLA.

**Rottura spontanea della milza in corso di malarioterapia.**

Uno degli incidenti più temibili della malarioterapia, per quanto fortunatamente assai raro, è la rottura spontanea della milza.

La sintomatologia di questa gravissima evenienza è di solito la seguente: shok improvviso, dolore addominale violento, localizzato di preferenza alla regione splenica (talora con irradiazioni alla spalla sinistra), ipotermia, collasso circolatorio col quadro dell'emorragia interna, aumento dell'area di ottusità della milza, che si presenta palpabile e molle, segni di versamento addominale libero.

C. Currado (*Minerva Medica*, 9 giugno 1933) riporta i casi di rottura spontanea della milza in corso di malarioterapia descritti nella letteratura, aggiungendo una osservazione personale e discutendo le cause che rendono più frequente la rottura spontanea della milza in corso di malarioterapia, in confronto della malaria naturalmente acquisita (perdita di elasticità per sclerosi indotta dalla sifilide? tossinfezione sopraggiunta?). C. TOSCANO.

## TERAPIA.

**Il trattamento abortivo della blenorragia.**

J. Janet (*Paris médical*, 3 marzo 1934) consiglia il metodo seguente:

Il miglior criterio per l'applicazione del metodo è quello di osservare l'urina dei due bicchieri; se il primo è limpido od appena torbido (ciò che si ha fra la quarta e la quarantottesima ora dall'infezione), si hanno le migliori condizioni per operare (percentuale massima di guarigioni, che si abbassa invece dal 75 al 50 ed anche al 25 % nei casi più tardivi).

Si prepara la soluzione di argyrol (nucleinato d'argento) mettendo un grammo in 5 cmc. di acqua distillata fredda; la soluzione è completa in 1/4 d'ora.

Il paziente urina; lavatura del glande e del meato con acqua bollita; applicazione di un tampone di cotone sotto la verga, per raccogliere l'argyrol che può cadere dal meato.

Con una buona siringa uretrale in vetro, già bollita, si aspira la soluzione e la si inietta dolcemente nell'uretra senza distenderla. A tale scopo, si spinge lo stantuffo con lievi pressioni successive abbandonandolo ogni volta, pronti ad arrestarsi quando esso viene spinto dalla tensione dell'uretra riempita. Secondo il grado d'infiammazione, si possono così introdurre 2-5 cmc.; la tollerabilità dell'uretra aumenta durante il trattamento.

Riempita così l'uretra, si stringe il meato in modo da tenervi dentro la soluzione per 5 minuti. Durante tale tempo, si allenta di tanto in tanto la pressione delle dita, in modo da lasciar fuoriuscire la soluzione goccia a goccia, perchè essa bagni le parti prese fra le dita, che ne sarebbero altrimenti private. Poi si lascia scolare la soluzione, senza cercare di farne uscire le ultime gocce. Il malato deve trattenere la soluzione più a lungo possibile, possibilmente fino all'iniezione della sera (se la prima è stata fatta il mattino) fino a tardi nella notte (se è stata fatta la sera); a tale scopo, si consiglia di bere poco liquido ai pasti. Invece, potrà bere nella notte, dopo avere urinato, od al mattino.

Si fanno sei iniezioni di argyrol, in ragione di 2 al giorno; 24 ore dopo l'ultima, si esamina il malato. In caso di riuscita, il meato è completamente secco ed il primo bicchiere d'urina è del tutto limpido e privo di filamenti. Se le condizioni continuano così, alla sera del quinto giorno dopo l'ultima iniezione, gli si fanno bere tre buoni bicchieri di birra. Se dopo due giorni non vi è ricaduta, si può affermare la guarigione che su un totale di 122 casi è stata ottenuta in 6-8 giorni per 24 ed in 15 per 51.

In caso d'insuccesso, se vi è ripresa dello scolo e soprattutto se l'uretra posteriore è infettata, si ricorrerà ai lavaggi anteriori col permanganato, incominciando con 0,12-0,15 %, in ragione di 1-2 al giorno. Se invece lo scolo è insignificante e vi sono pochi gonococchi, si può continuare il trattamento con l'argyrol per qualche giorno (1-2 al giorno). Si può anche sostituire l'iniezione con un lapis all'argyrol (1-5 %). Se tali cure non bastano, si ritornerà al permanganato. Ad ogni modo, il precedente trattamento all'argyrol, abbrevia la cura; nei casi dell'A. essa è ridotta ad una media di 23 giorni. *fil.*

**La cura della blenorragia femminile col mercurocromo.**

R. S. Staham (*The British Med. Journ.*, 7 aprile 1934). che aveva proposto alcuni anni fa un metodo di cura della blenorragia femminile mediante applicazioni locali di mercurocromo, riporta ora i risultati ottenuti su 158 di tali casi mediante il suo metodo. Questo consiste nell'applicazione, previo lavaggio con soluzione fisiologica del canale vaginale, di una soluzione all'1 % di mercurocromo in corrispondenza della cervice e della vagina, che debbono essere prima deterse dalle secrezioni e dal muco. L'applicazione deve essere fatta ogni giorno: non sono consigliabili soluzioni più concentrate perchè favoriscono la formazione di erosioni. I risultati ottenuti con tale

metodo sono dall'A. studiati specialmente per quanto riguarda la prontezza della guarigione e il sopravvenire di complicazioni. La guarigione veniva accertata mediante l'esame dello striscio prelevato dalla cervice e dall'uretra, la negatività delle culture di materiale prelevato dalle stesse regioni e la negatività della prova del complemento per la gonorrea.

Per quanto riguarda la durata del trattamento prima di ottenere la guarigione completa, questa si ebbe nella maggior parte dei casi dopo una cura di tre settimane: il tempo di cura più lungo è stato di 94 giorni in un caso, il più breve di 8 giorni in due casi.

Per quanto riguarda le complicazioni queste si ebbero in 44 casi: in 16 casi larghe erosioni della cervice, in 14 salpingite, in 6 bartolinite, in 3 cistite, in 3 artrite, in 2 sintomi oculari: la maggior parte di queste complicazioni (32 casi) erano già preesistenti all'entrata in clinica delle pazienti. Le cistiti furono curate mediante introduzione in vescica della stessa soluzione di mercurocromo.

L'A. raccomanda il suo metodo per le guarigioni rapide e definitive che con esso si ottengono. G. LA CAVA.

**Il trattamento delle verruche volgari.**

G. Petges (*Les nouvelles thérap.* e *L'année méd. prat.*, 1934) consiglia l'uso dell'acido cromico anidro, in pomata, a parti uguali con vaselina (tenere in tubo di stagnola). È essenziale che l'acido cromico sia anidro e non deliquescente, come si verifica spesso; l'eccipiente deve essere la vaselina e va assolutamente esclusa la glicerina (composto esplosivo!).

Si applica la pomata sulla verruca, senza protezione delle parti circostanti, oppure mettendovi un leucoplasta forato in corrispondenza della verruca stessa. Secondo la posizione di questa e le occupazioni del paziente, si lascia sempre o soltanto la notte.

In pochi giorni la verruca annerisce sempre più ed acquista un aspetto di tessuto dissecato che si può asportare come lamelle col bisturi. Il paziente prova qualche sensazione di tensione, talvolta dei dolori sordi come quelli di un callo; va quindi sorvegliato per sospendere eventualmente l'applicazione, anche se si ha un'esfoliazione eccessiva dell'epidermide vicina. La guarigione si ha in tre settimane circa.

È bene applicare la pomata per 12 giorni di seguito e di asportare quindi la verruca che guarisce poi perfettamente sotto la protezione di qualche spennellatura di tintura di jodio diluita.

Non esistono complicazioni. Il procedimento lascia talvolta delle piccole cicatrici, sicchè è sconsigliabile per la faccia ed il collo. Ottimamente riesce in quelle del cuoio capelluto, mani, dita, calcagno, ed anche in quelle ungueali e periungueali, talvolta così tenaci. È indicato ed efficace nelle placche superficiali di cheratosi senile non epiteliomatizzate ed in quelle senili e seborroiche, nonchè nella botriomicosi. È invece sconsigliabile nelle verruche piane, troppo poco salienti, specialmente alla faccia. *fil.*

**Genesi e terapia epatica nella dermatite esfoliativa arsenobenzolica.**

Ancora controversa è la genesi delle alterazioni cutanee che possono riscontrarsi durante la terapia salvarsanica. A volta a volta è stata chiamata in causa la anafilassi, la tossicità, la fragilità vasale, la diatesi emorragica, la insufficienza dell'organo cute, la labilità del rene, la alterazione del fegato.

G. Zolezzi (*La Riforma Medica*, 21 aprile 1934) dall'esame dei casi descritti dai vari AA, e di due personalmente studiati, ritiene che alla base di queste dermatiti di arsenobenzolici stia una mancata normale funzionalità del fegato. Le cattive condizioni del fegato produrrebbero in alcuni individui una speciale ipersensibilità a tali preparati che diventerebbero tossici per l'organismo e darebbero sopratutto manifestazioni cutanee.

Sarebbe perciò utile ricercare se nell'individuo da sottoporsi alla cura salvarsanica esistano alterazioni epatiche e saggiarne la funzionalità del fegato.

L'unica cura veramente efficace nelle forme di eritrodermia postarsenobenzolica è quella con estratti di fegato che nei due casi dell'A. ha brillantemente corrisposto. VICENTINI.

## NOTE DI RADIOLOGIA

**Nuove investigazioni sugli effetti tardivi del torotrast.**

La presenza di un corpo estraneo, il diossido di torio, che si fissa per tempo indeterminato sul sistema reticolo istiocitario e che possiede anche un certo grado di radio-attività, ha messo in sospetto gli AA., che questa sostanza non deve essere indifferente per l'organismo, e in tale senso M. E. Jorg e J. A. Aguirre (*El Día Médico*, 5 marzo 1934) orientarono le loro ricerche non basandosi soltanto sull'osservazione clinica e radiologica che non era capace di apportare alla soluzione del problema i segni di certezza ma facendo anche uno studio anatomo-patologico. Iniettando il thorotrast (epatosplenografia) si hanno delle alterazioni istio-fisiologiche dovute al prolungato blocco senza eliminazione della sostanza di contrasto ed alla azione tossica diretta del diossido di torio per la sua azione chimica e per la sua radioattività. Abbiamo delle reazioni precoci fino a 6 mesi dopo dell'iniezione e tardive. La reazione precoce del reticolo endotelio epatico si traduce in una iperplasia diffusa a differenziazione linfoide e con citodesmosi.

In un primo periodo fino a 6 mesi dopo la iniezione si hanno alterazioni lente della cellula epatica con ipercromatosi della parete nucleare.

Nella milza si nota un straordinario immagazzinamento del thorotrast in tutti gli elementi non differenziati di quest'organo, specie nell'interno del follicolo di Malpighi.

Come reazione tardiva (oltre 6 mesi dalla iniezione) si ha, nei fegati bloccati, la proliferazione connettiva del tipo collageno, che sopravviene come reazione di rigenerazione metaplasica delle fibre reticuliniche, che si alterano durante la reazione precoce sia in forma di una sclerosi irritativa della guaina del Glisson, sia sotto forma di focolai fibrosi. Le alterazioni della cellula epatica sono diffuse, però, si localizzano di preferenza nella regione subcapsulare con necrobiosi totale della cellula epatica. Si ha infine una epatopatia diffusa a preferenza parenchimatosa con partecipazione iperplasica e ipertrofica del sistema interstiziale (reticolo endoteliale e dell'apparato colangico. Quindi l'esistenza della triade evolutiva classica: autolisi della cellula epatica, rigenerazione incipiente della stessa e proliferazione connettiva sclerosa fa pensare ad una forma di atrofia subacuta del fegato di Marchand e von Bergmann.

N. DI PAOLA.

## TECNICA DI LABORATORIO.

### Una nuova reazione sierica per la tubercolosi.

E. Meinicke (*Klin. Woch.* 9 giugno 1934) riferisce minutamente la tecnica da seguirsi per l'applicazione della sieroreazione da lui progettata, nel campo dell'infezione tubercolare.

Indipendentemente dai dettagli di tecnica, che si prestano ad una recensione e per cui si rimandano i lettori all'originale, va rilevata la grande importanza biologica di questo metodo che permetterebbe di seguire i progressi, gli « Schüben » caratteristici dell'infezione attraverso l'oscillante equilibrio tra sostanze tubercolari e anticorpi, così come l'indagine radiologica permette di farlo per il processo a localizzazione polmonare.

La diffusione della tecnica e la sua più vasta applicazione ci diranno sino a qual punto ci si possa fidare: certo essa apre una nuova via all'interpretazione biologica della tubercolosi.

V. SERRA.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Stato attuale del problema del cancro.

In base ai più recenti lavori, Juster e Caillan (*La Presse Médic.* 30 giugno 1934) considerano il processo canceroso come l'espressione di un perturbamento cellulare provocato da sostanze cliniche, probabilmente dei carboni d'idrogeno, che possono essere portati nell'organismo dall'esterno (come il catrame) o nascere nell'interno; va notato, infatti, che lo stesso tipo di struttura chimica entra nella costituzione di certi prodotti organici, come la colesterina, i sali biliari, gli ormoni sessuali che potrebbero mettere in libertà, sotto influenze ancora indeterminate, queste sostanze cancerigene.

Da questa intossicazione chimica nascerebbe un nuovo tipo di cellule, a metabolismo diverso, secondo un'evoluzione che ricorderebbe quella della partenogenesi sperimentale.

Queste nuove vedute di fisio-patologia del cancro apriranno probabilmente la via a nuove direttive terapeutiche: e le prime ricerche che dimostreranno la scomparsa di cancri cutanei, olii lecitinati, dimostrano l'azione cancericida sperimentali e umani, sotto l'azione di certi possibile di certe sostanze organiche.

---

## VARIA

### Piombo e sclerosi multipla.

L'intossicazione da piombo provoca notevoli alterazioni del sistema nervoso: tremore, paralisi transitorie, convulsioni, vertigini, cecità temporanea, cefalea, insonnia, ecc. Cove, Russel, Harwoord ritengono che il piombo possa provocare la sclerosi multipla, perchè essi trovarono quantità apprezzabili di piombo nel liquor, nel cervello, nel midollo spinale e nelle ossa di un certo numero di malati. Solo però in pochi casi c'era una storia di avvelenamento da piombo.

In parecchi casi l'insorgenza della sintomatologia era stata preceduta da modificazioni del metabolismo (infezioni, gravidanza, allattamento) le quali avrebbero potuto mettere in circolo piombo ritenuto da molto tempo nei tessuti, ipotesi che è resa attendibile dalla vasta distribuzione del piombo e dalla facilità del suo assorbimento.

Difatti, molti alimenti comuni, specialmente vegetali e frutta che siano stati inaffiati con liquidi insetticidi contenenti piombo, possono contenerne una certa quantità. Piccole quantità di piombo possono essere contenute anche nell'acqua potabile, negli utensili di cucina, nella polvere, nelle tinture. Il piombo, che può essere assorbito dalle vie respiratorie, intestinali e dalla cute, dopo assorbito si trasforma in un fosfato di piombo colloidale, è trasportato in circolo e poi o eliminato per le urine, per la bile, per l'intestino e per la pelle, o depositato, per lo più, nelle ossa.

Il piombo si può trovare nelle urine anche di persone normali. Quello depositato nelle ossa si comporta come il calcio: nei malati del sistema nervoso l'acidosi provocata aumentò il piombo delle urine, il che ci dà la prova che il piombo può accumularsi nell'organismo anche in individui non esposti per professione all'avvelenamento da piombo. Così in un editoriale del *Journal of the Americ. Medic. Assoc.* del 2 giugno 1934.

R. LUSENA.

# POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

**Risposte a quesiti per questioni di massima.**

65° *Dottor P. C.* (L.). — Sono persuaso che, trattandosi di nomina temporanea, nel caso di cessazione del rapporto d'impiego, non sia dovuta indennità in relazione al servizio prestato. Nè indennità di preavviso può essere attribuita, perchè il rapporto cessa per scadenza del termine. Ritengo invece che, continuando la prestazione provvisoria, dopo la scandenza del termine, Lei abbia diritto allo stipendio corrispondente al periodo di attività perdurante per volontà del Comune.

66° *Dottor C. C.* (F. E.). — Le funzioni di ufficiale sanitario sono attribuite al medico condotto dove non sia possibile l'esercizio separato di queste funzioni da quelle di assistenza sanitaria: è la regola stabilita dall'art. 18 del T. U. delle leggi sanitarie. Ove la separazione sia possibile, si provvede stabilmente, mediante concorso, o per incarico. Ritiene la giurisprudenza che, risiedendo nel Comune un medico libero esercente, l'incarico debba essere conferito ad esso e, se del caso, debba essere revocato quello già esercitato dal medico condotto. A ciò provvede discrezionalmente il Prefetto. Il diploma di ufficiale sanitario è elemento valutabile ma non è titolo per la nomina, nel senso che questa non sia possibile soltanto perchè il diploma non sia stato conseguito o sia obbligatoria nell'altro caso.

67° *Dottor L. G.* (S.). — La indennità di servizio attivo non è dovuta per legge; spetta al sanitario se sia stabilita nel regolamento locale o nell'atto di nomina. Circa le trasferte potrà regolare il conto tenendo presente la nota sintetica pubblicata nella Rivista « Il Diritto Pubblico Sanitario », anno 1932, fascicolo X (ottobre). Troverà le indicazioni opportune.

68° *Dottor M. F.* (S.). — Le campagne di guerra, risultati dal foglio di congedo militare, sono valutate in aumento dell'anzianità utile. Quindi, il sanitario condotto che ha prestato quattro anni di servizio quale titolare, ha diritto alla valutazione di sei anni per l'aumento periodico e, se si tratta di quadriennio, consegue il primo dopo due anni di effettivo servizio, computandosi le campagne di guerra. Si considera utile il servizio prestato in qualità di titolare dopo la nomina definitiva in base a concorso.

69° *Dottor P. C.* (S.). — Il medico condotto ha l'obbligo di cooperare alla esecuzione dei provvedimenti d'igiene e profilassi ordinati dall'autorità sanitaria comunale o dalle autorità superiori: ma si tratta di collaborazione, come dispone chiaramente l'art. 33 del R. D. 1923 n. 2889, *alla esecuzione di provvedimenti.* Il medico condotto deve anche disimpegnare il servizio antimalarico e quello di vaccinazione.

Diverso è il servizio di vigilanza igienica esercitato compiutamente invece dell'ufficiale sanitario, sia pure entro i limiti di una determinata circoscrizione.

In ogni Comune c'è un ufficiale sanitario, il quale deve esercitare le sue funzioni nell'ambito di tutto il territorio della circoscrizione.

Se al medico condotto della frazione è attribuito anche normalmente il servizio di ufficiale sanitario nella frazione stessa, questo incarico non può essergli affidato per obbligo normale. A me sembra che si tratti di una prestazione straordinaria e debba essere perciò remunerata.

70° *Dottor V. P.* (S.). — Si tratta di ispezione e di attestato per fini di giustizia. Io credo che possa fare la richiesta di liquidazione di indennità al Procuratore del Re.

71° *Dottor C. A.* (F.). — Se nel regolamento locale non è vietato l'esercizio della professione, nè di altri impieghi, è da ritenere che non vi sia incompatibilità giuridica tra la carica di ufficiale sanitario e il posto di direttore dell'Ospedale. Potrebbe risultare una incompatibilità di fatto se la entità del servizio ospedaliero fosse tale da assorbire l'attività principale e cagionare pregiudizio all'esercizio delle funzioni di ufficiale sanitario.

72° *Dottor E. B.* (G.). — Evidentemente la Prefettura ritiene che, trattandosi di due enti distinti (corsorzio e comune) la stessa persona eserciti due diversi uffici ed abbia due stipendi distinti. Ma questa considerazione prevalentemente formale mi sembra eccessiva. È da ritenere invece che Lei eserciti le funzioni di ufficiale sanitario nel Comune consorziato, in quanto è medico condotto del Consorzio. Credo che sia obbligato ad un solo contributo.

73° *Dottor L. P.* (R.). — È ormai imminente la stampa del testo unico delle leggi sanitarie disposto dalla Direzione Generale di Sanità Pubblica, del quale l'Amministrazione del « Policlinico », appena il testo sarà noto, ne farà una speciale pubblicazione con commento e note di due autori di eccezionale competenza. (Vedere nella prima pagina del precedente N. 28).

Il Podestà deve astenersi dalla deliberazione di nomina, essendo affine entro il grado previsto dall'art. 290 del T. U. della legge comunale e provinciale, applicabile al Podestà. È da ritenere che il prefetto nominerà un Commissario per quell'atto.

G. S.

*N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.*

*Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini,* **sono gratuiti.**

---

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione. cons. leg. del nostro periodico**

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## CONCORSI.

**Posti vacanti.**

Acireale. *Municipio.* — Il concorso per la nomina del Direttore del Dispensario antitubercolare è revocato.

Alluvioni Cambiò (*Alessandria*). — Scad. 31 lug.; L. 8000 e indennità accessorie; decurtazioni.

Alvito (*Frosinone*). — Scad. 5 ag.; L. 9500 e 3 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Arezzo. — (Vedere Cortona).

Badia Tedalda (*Arezzo*). — Scad. 31 lug.; con Sestino; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., c.-v., per trasp. L. 3000, uff. san. L. 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Bari. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 30 sett.; direttori delle Sezioni di Gioia del Colle e di Putignato; L. 9000 e 4 quinquenni dec.; indennità. Età limite 45 a.; tassa L. 50,20. Rivolgersi al Presidente del Consorzio, via Dante Alighieri 42, Bari.

Buscemi (*Siracusa*). — Scad. 10 sett.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

Caltagirone (*Catania*). *Ospedale Civile Umberto I.* — Scad. 26 ag.; assistente nel Reparto Medicina; L. mille; età limite 35 a.; tassa L. 50. Rivolgersi alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

Carbonara Po. — (Vedere Mantova).

Caserta (*Napoli*). — Scad. 10 sett.; 7° Reparto (per Casagiove); L. 9500; ritenute; 5 quadrienni dec.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

Cortona (*Arezzo*). — Scad. 16 ott.; uff. san.; L. 11.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 trasp., c.-v.; divieto libero eser.; età limite 43 a. Rivolgersi R. Prefettura di Arezzo.

Cuorgnè (*Aosta*). — Scad. 15 sett., ore 18; 1ª condotta; L. 9000 e 10 bienni ventes. oltre L. 3500 automob. obbligatorio; età limite 35 anni.

Darfo (*Brescia*). — Scad. 10 sett.; per Casino Boario; L. 10.000 e 6 quinquenni dec., c.-v., trasp. L. 1548,80; età limite 35 a.

Fabriano (*Ancona*). *Congregazione di Carità. « Ospedale Umberto I ».* — Posto di Assistente Medico-Chirurgo; assegno annuo L. 4000; vitto e alloggio gratuiti in Ospedale; compartecipazioni sui proventi per atti operativi, cura, ambulatori e gabinetti. Ritenute e riduzioni di legge. Documenti di rito e diploma di abilitazione all'esercizio professionale conseguito da non oltre quattro anni. Scadenza concorso 31 agosto 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Fabriano.

Ferrara. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 14 ag.; direttore della Sez. batteriolog. del Laboratorio provinc. d'igiene e profilassi; L. 16.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 4000 serv. att., eventuali premi; età limite 45 a. al 30 giu.

Ferrara. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Il Presidente del Consorzio avverte che i concorsi indetti per due posti di assistente sanitaria visitatrice nel Dispensario Antitubercolare di Ferrara capoluogo, e per un posto di assistente sanitaria visitatrice della Sezione Dispensariale di Cento, sono prorogati al 31 luglio 1934.

Ferrara. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 20 ag.; direttori medici delle Sez. dispensariali di Cento, Codigoro e Comacchio; L. 4000 ciasc.; età limite 45 a.

Gavardo (*Brescia*). — Scad. 15 sett.; consorzio; L. 10.000 e 6 quinquenni dec., c.-v., L. 2500 trasp., L. 500 se uff. san.; età limite 35 a.

Gorizia. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 31 ag.; direttore del Consorzio e del Dispensario di Gorizia; L. 21.600 e 5 quinquenni dec.; riduzioni; età limite 35 a.

Inverno (*Pavia*). — Scad. 15 ag.; con Gerenzago; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

Lecco (*Como*). *Istituto Vittorio Emanuele III.* — È aperto il concorso per titoli alla Borsa di studio per un anno di perfezionamento in Tisiologia per medici che non abbiano superato il quarto anno di laurea; L. 3000, vitto, alloggio e funzioni di assistente. Inviare titoli e documenti alla Segreteria dell'Istituto non oltre il 15 agosto 1934-XII.

Magliano dei Marsi (*Aquila*). — Scad. 9 ag.; L. 9500 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

Marsala. — (Vedere Trapani).

Masi (*Padova*). — Scad. 30 lug.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., c.-v., per trasp. L. 800, uff. san. L. 600, ambulat. L. 600; età limite 25-35 a.; tassa L. 50,10.

Messina. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 ag.; medico direttore della Sezione dispensariale di Milazzo; L. 5000 e indennità complementari.

Odalengo Grande (*Alessandria*). — Concorso al posto di medico condotto. Stipendio di L. 9000; indennità di trasporto L. 2000; Ufficiale Sanitario L. 500. Stipendio, indennità ed aumenti sono sottoposti alle trattenute e riduzioni di legge. Età massima anni 32 salvo eccezioni di legge. Scadenza diciotto settembre 1934-XII. Per schiarimenti rivolgersi all'Ufficio di Segreteria del Comune.

Orvieto. *Municipio.* — Scad. 31 lug., ore 12; una condotta; L. 8000 oltre L. 600 serv. att. e c.-v.; riduzioni e ritenute.

Padova. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto il 10 settembre 1934 è prorogato il concorso al posto di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale annuo: L. 12.000, sei aumenti periodici di un decimo. Servizio attivo annuo: L. 1800, compartecipazione del 10 % sui proventi di Laboratorio. Indennità caro-viveri come gli altri impiegati. Il tutto ridotto delle trattenute di legge. Chiedere manifesto alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

Panicale (*Perugia*). — Scad. 30 sett., ore 18; 1ª condotta; L. 7000 e 3 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 500-2000-4000 trasp., c.-v.; doc. a 3 mesi dall'1 lug.; tassa L. 50,10; se uff. san. L. 500; serv. entro 20 giorni.

Pergine. — (Vedere Trento).

Pescara. *Fondazione « Nuovo Ospedale Civile ».* — Concorso al posto di Medico primario. Scadenza ore 19 dell'8 agosto 1934-XII. Chiedere il bando di concorso alla Segreteria della Fondazione (presso l'Amministrazione provinciale di Pescara).

Pescara. *Fondazione « Nuovo Ospedale Civile ».* — Concorso al posto di Chirurgo primario. Scadenza ore 19 dell'8 agosto 1934-XII. Chiedere il bando di concorso alla Segreteria della Fondazione (presso l'Amministrazione provinciale di Pescara).

Petritoli (*Ascoli Piceno*). — Concorso al posto di Medico Chirurgo dell'unica condotta a tipo residenziale. Abitanti 3795. Altitudine sul livello del mare m 358. Stipendio iniziale L. 8500, cinque aumenti quadriennali di un decimo. Indennità: *a*) di laurea L. 500; *b*) di cavalcatura L. 2700 (cavallo); *c*) forese L. 1000. Stipendio ed indennità a lordo delle ritenute di legge e delle riduzioni di cui ai RR. DD. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561. Obbligo di servizio gratuito per la Direzione dell'Ospedale Civile. Documenti di rito. Limite di età anni 40 salvo eccezioni di legge. Scadenza 30 settembre 1934. Richiedere copia del bando di concorso alla Segreteria Comunale.

Pola. *Ospedale « Santorio Santorio ».* — Concorso, per titoli, al posto di Medico primario e Medico aiuto per la divisione medicina (reparti di medicina comune, specializzato per malattie di petto e contagiosi). Ai due suddetti posti sono annessi i seguenti emolumenti: Per il Primario, stipendio base L. 10.000, suscettibile di 3 aumenti quadriennali di L. 1980, indennità di servizio attivo L. 2430, suscettibile anch'essa di tre aumenti quadriennali di L. 450. Per l'Aiuto, stipendio L. 7200, indennità di servizio attivo L. 1800. Ad ambedue i posti è annesso, in via provvisoria, il caro-viveri come per gli altri impiegati statali (decr. 23-6-1927 e 29-12-1927). Tutti gli accennati assegni si intendono al lordo delle riduzioni di cui ai RR. Decreti 20-11-1930 n. 1491 e 14-4-1934 n. 561 e delle ritenute per pensioni ed imposte Al Primario ed all'Aiuto spettano le compartecipazioni agli utili netti dei proventi per sopratasse di cura. Le domande in bollo da L. 3, accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del sumenzionato Ospedale, debbono pervenire alla predetta Segreteria non oltre le ore diciotto del 30 settembre 1934-XII.

Reggio Emilia. *Ospedale di S. Maria Nuova.* — Scad. 30 sett., ore 18; medico primario del Reparto di Radiologia e Fisioterapia; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., doppio c.-v., percentuali; doc. non anter. al 30 giu.; età limite 45 a. Chiedere avviso.

Roma. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 30 agosto, ore 16; due primari ostetrici; titoli ed esami; L. 7800 e c.-v.; età limite 45 a. al 18 giu.; tassa L. 50. Rivolgersi alla Segreteria generale.

Rufina (*Firenze*). — Scad. 20 ag.; pel capoluogo; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre L. 3000 trasp., netto di riduz.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

Sant'Antonino di Susa (*Torino*). — Scad. 10 sett.; con Varses; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indenn. alloggio, L. 600 se uff. san.; età limite 40 a.

San Vito (*Sassari*). — Scad. 30 ag.; L. 9000 oltre L. 1000 uff. san., 4 quinquenni dec., c.-v.

Scheggia Pascelupo (*Perugia*). — Scad. 30 sett.; 1ª cond.; L. 8000 oltre L. 600 serv. att., L. 1800 trasp., L. 500 se uff. san., 5 sessenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'1 lug.

Serrapedace (*Cosenza*). — Scad. 31 ag.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; trattenute e riduzioni; tassa L. 50,10.

Siena. *Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò.* — Scad. 31 ag., ore 12; due medici di Sezione; lire 12.000 e 5 quadrienni dec., c.-v.; età limite 35 a.; doc. non anteriori al 15 giu. Chiedere annunzio. Rivolgersi Segreteria Società di Esecutori di Pie Disposizioni, via Roma 41, Siena.

Siracusa. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 sett., ore 19; due posti: direttore del Consorzio e del Dispensario prov. e aiuto medico e radiologo del Dispensario prov.; rispettiv. L. 20.200 e lire 14.400, 2 quinquenni dec.; riduzioni. Vaca anche il posto di assistente sanitaria visitatrice. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo della Provincia).

Trapani. *R. Prefettura.* — Scad. 31 lug.; uff. san. di Marsala; L. 11.600.

Trento. *Amministraz. Prov.* — Scad. 18 ag., ore 16; medico di Sezione dell'Ospedale Psichiatrico Provinc. con sede a Pergine; L. 11.600 oltre L. 2800 serv. att., aumentabili. Chiedere avviso.

Udine. *Ospedale Civile di S. Maria della Misericordia.* — Proroga 30 sett., ore 18, per i posti annunziati nel fasc. 15.

Vallo della Lucania (*Salerno*). — Scad. 90 giorni dal 12 lug.; per 3 frazioni; età limite 25-35 a.; L. 6500 oltre L. 3000 cavalc.; ritenute; tassa L. 50,10.

Villanovatulo (*Nuoro*). — Concorso Medico per titoli, alle condizioni del Capitolato. Stipendio annuo L. 5385 ed indennità « ad personam » L. 3615 soggetti entrambi riduzioni del dodici e del sei per cento ed alle trattenute di legge. Documenti al Podestà entro tre mesi dal 10 giugno 1934. Tassa L. 50.

Avvertenza. — **Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.**

Concorsi a premi.

*Un concorso per l'« Inno alla Medicina ».*

La Rivista « Nicia » bandisce un concorso tra i medici musicisti per l'« Inno alla Medicina », su parole del camerata dott. Giacomo Ballestrasse di Carrega (Alessandria). L'« Inno » dovrà essere composto per voci all'unisono, ma i concorrenti dovranno spedire la partitura per canto e pianoforte, in duplice copia, alla direzione della Rivista (via Benedetto Marcello 1, Milano) entro il 31 ottobre. I concorrenti seguiranno le norme consuete (nome e cognome in busta chiusa, contrassegnata da un motto, ripetuto sulla partitura). Il giudizio della Commissione, della quale fanno parte il prof. Giovanni Aperlo e i dottori Franco Cavezzali, Nino Della Mano, Cesare Sacconaghi e Giuseppe Sigurini, sarà inappellabile.

Al vincitore del concorso verrà assegnata una medaglia d'oro, gentilmente offerta dall'Istituto Milanese della Medicina Interna (I.M.M.I.).

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Remo Monteleone, della R. Clinica Medica di Roma, è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia. Rallegramenti cordialissimi.

Il prof. dott. Andrea Violato, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Sulmona (Aquila), è nominato, in seguito a concorso, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Tripoli.

Nell'Università di Pennsylvania, a Filadelfia, si è istituita una seconda cattedra di medicina (clinica medica) e si è affidata al prof. O. H. Perry Pepper.

Il dott. P. C. Daigneau, professore di chirurgia clinica (clinica chirurgica) alla Facoltà medica dell'Università Laval a Quebec (Canadà), è nominato decano, quale successore del compianto prof. J. M. A. Rousseau.

Il prof. Marion, clinico urologo di Parigi, è nominato membro della Sezione di Chirurgia dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Il premio della Società di Chirurgia di Buenos Aires per il 1933 è stato assegnato al dott. A. S. Introzzi per il suo studio sull'osteofibrosi deformante d'origine paratiroidea.

Il prof. Alfred Stühmer, di dermatologia a Münster W., è chiamato a Friburgo i. Br.

Il prof. Heinrich Eymer, di ostetricia e ginecologia a Heidelberg, è chiamato a Monaco.

Il prof Ernst Gerhard Dresel, d'igiene a Greifswald, è chiamato a Lipsia.

Il prof. Walther Schultze, di dermatologia a Giessen, è chiamato a Jena.

Il prof. Willy Usadel, direttore della Sezione chirurgica dell'Ospedale Rodolfo Virchow di Berlino, è chiamato alla cattedra di chirurgia (clinica chirurgica) di Tubinga.

Il prof. Alfred Schittenhelm, di medicina interna (clinica medica) a Kiel, è chiamato a Monaco.

Il prof. Philipp Broemser, di fisiologia ad Heidelberg, è chiamato a Monaco.



## NOTIZIE DIVERSE.

**1° Congresso internazionale di elettro-radio-biologia.**

Si è pubblicato il programma preliminare del 1° Congresso Internazionale di Elettro-Radio-Biologia, il quale, come abbiamo annunziato, avrà luogo dal 10 al 15 settembre in Venezia.

Il programma comprende numerose relazioni da parte di biologi, medici e fisici eminenti di molti Paesi.

Richiederlo all'ufficio di Segreteria.

* * *

La quota di iscrizione al Congresso è di L. 100. Tale quota dà diritto: alla partecipazione al Congresso; alla iscrizione nella Società Internazionale di Radiobiologia; agli Atti; alla libera circolazione sui vaporetti della Azienda Lagunare di Navigazione interna durante il periodo del Congresso; alle entrate gratuite nei Musei di Venezia.

Le adesioni accompagnate dalla quota di iscrizione, e le comunicazioni, devono essere inviate al segretario generale: Dr. Giocondo Protti, S. Gregorio 173, Venezia, entro il 30 luglio, e le comunicazioni (nelle lingue originali) dovranno essere accompagnate da quattro riassunti, in italiano, inglese, tedesco e francese, per dar modo alla Segreteria del Congresso di stampare il materiale che verrà distribuito ai congressisti, così che nelle sedute del Congresso ogni comunicazione sarà sunteggiata in un tempo non superiore ai 5 minuti per comunicazione.

Per gli alberghi sono stabiliti prezzi a *forfait* molto vantaggiosi.

Sono previste escursioni e viaggi facoltativi a Cortina d'Ampezzo ed a Firenze, Roma, Napoli.

I congressisti potranno usufruire delle riduzioni ferroviarie accordate in occasione della XIX Biennale di Venezia da qualunque Stazione della rete ferroviaria italiana fino a Venezia e ritorno (70 %).

Per i congressisti provenienti dall'Estero è consigliabile richiedere alle Agenzie di Viaggio il « Libretto di viaggio per i visitatori esteri della Biennale di Venezia ». Tale libretto contiene 4 scontrini che danno diritto a effettuare altrettanti viaggi sulla rete ferroviaria italiana con la riduzione del 50 %. Tale libretto poi è necessario per i congressisti che si iscrivessero al viaggio facoltativo Venezia-Roma-Napoli.

Alla Stazione di Venezia S. L. funzionerà nel periodo del Congresso un Ufficio Turistico, nei locali della CIT.

Le signore e le persone che accompagnano i congressisti usufruiranno delle stesse condizioni e potranno partecipare a tutte le varie manifestazioni del Congresso.

**Il 5° Congresso medico panamericano.**

Si è svolto sulla nave « Pennsylvania », espressamente affittata; vi hanno partecipato più di 600 persone; sono stati toccati molti porti e si sono fatte varie escursioni; ovunque i congressisti hanno ricevuto festevoli accoglienze. Sono stati ricevuti dai presidenti delle Repubbliche di Cuba e di Panama.

I lavori hanno compreso 175 comunicazioni.

Alla presidenza è stato eletto il Dr. C. Jackson, che succede al Dr. J. O. McReynold. Segretario

esecutivo è il Dr. J. E. López Silvero, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D. C., S. U. d'A.

Il 6° congresso si terrà nell'agosto 1935 a Rio de Janeiro.

**2° Congresso medico abruzzese.**

La Società Medico-Chirurgica degli Abruzzi ha indetto il suo II Congresso a Teramo, dal 23 al 25 settembre. Temi di relazione: « Ascesso polmonare » (on. prof. Raffaele Paolucci); « Meningite sierosa » (proff. S. D'Antona e Q. Di Marzio); « Sterilità muliebre e demografismo » (prof. G. Albano).

Presidente del Comitato ordinatore è il prof. Attilio Cermenati; segretario il dott. Armando Tassoni. Ufficio di segreteria: corso S. Giorgio 78, Teramo.

**All'Istituto di Malariologia.**

Si sono iniziati due corsi di perfezionamento: l'uno per medici italiani, l'altro per medici stranieri.

Il corso per i medici stranieri, preparato dall'Istituto di Malariologia d'intesa con l'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni e con la collaborazione della Stazione Sperimentale Antimalarica della Direzione Generale della Sanità Pubblica, assume quest'anno speciale importanza, poichè è l'unico che la Società delle Nazioni tiene in Europa (sono stati sospesi quelli di Londra, Parigi e Amburgo).

Tra gli insegnanti, oltre quelli italiani ve ne saranno alcuni stranieri invitati, per conferenze, sia dalla Società delle Nazioni, sia dall'Istituto di Malariologia.

Il corso per medici stranieri venne inaugurato l'11 giugno dal direttore dell'Istituto, prof. G. Bastianelli. Erano presenti S. E. Lutrario e il prof. E. J. Pampana per la Società delle Nazioni, i proff. A. Ilvento e A. Labranca per la Direzione Generale della Sanità Pubblica, alcuni insegnanti della Scuola ecc.

Il prof. Bastianelli tenne un breve ed efficace discorso, in cui lumeggiò i progressi incessanti che vengono realizzandosi nelle nostre conoscenze sulla malaria. Ricordò le benemerenze della Società delle Nazioni e della Fondazione Rockefeller nel promuovere tali studî. Il corso darà una visione completa del vasto campo. La visita alle Paludi Pontine — una terra classica della febbre — dimostrerà come ormai possano redimersi rapidamente le terre malsane; si tratta, com'ebbe a dichiarare il nostro Capo, on. Mussolini, di un successo della scienza.

Il prof. Pampana, per la Società delle Nazioni, fece valere l'importanza del corso di Roma, al quale sono iscritti allievi di numerose nazionalità, alcuni dei quali dirigenti di servizi sanitari nei loro Paesi; auspicò al pieno successo del corso.

**Le costruzioni sanatoriali dell'Istituto Fascista della Previdenza Sociale.**

L'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale va svolgendo un ampio programma di costruzioni sanatoriali che assicureranno presto all'Italia un ambìto primato. Gli ospedali sanatoriali la cui costruzione è ultimata e per i quali è imminente l'inaugurazione sono quelli di Pisa (Cisanello) e quello di Imola (Montecatone). Gli ospedali sanatoriali che sono quasi pronti e che potranno funzionare entro l'anno corrente sono, in ordine di precedenza, i seguenti: Perugia, Imperia (San Lorenzo), Lecce, Siena, Cuneo, Busto Arsizio, Cremona, Roma (Istituto Benito Mussolini), Ascoli Piceno, Ragusa, Chieti, Trento e Padova.

**Centro calabrese per lo studio e la cura della sterilità.**

Allo scopo di andare tangibilmente incontro alla campagna demografica voluta dal Regime e con l'approvazione delle Autorità locali è sorto in Reggio Calabria un « Centro Calabrese per lo studio e la cura della sterilità ».

Il « Centro » mercè l'opera di consulenti in materie affini e la disinteressata collaborazione di bene attrezzati Istituti scientifici cittadini curerà la sistematica visita e le eventuali cure mediche, chirurgiche, fisiche delle coppie sterili.

Del « Centro », di cui può avvantaggiarsi tutta la Regione Calabrese e che darà prestazioni gratuite ai non abbienti, è fondatore e direttore il prof. Ugo Tropea, docente in Clinica Ostetrica e Ginecologica alla R. Università di Milano ed allievo dell'Alfieri che, come è noto, è tra i ginecologi italiani che hanno dato maggior impulso a tali studî.

**Viaggio in Polonia e in Russia.**

In occasione della IX Conferenza internazionale contro la tubercolosi che avrà luogo a Versavia dal 4 al 7 settembre 1934-XII, la Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi organizza due viaggi: il primo dalla frontiera di Tarvisio a Varsavia e viceversa e l'altro dalla frontiera di Tarvisio a Varsavia, Mosca, Leningrado, Riga, Berlino, Brennero.

Durante i viaggi saranno organizzate visite a Istituti di cultura, riunioni a carattere culturale presso Istituti scientifici, in Austria, in Polonia, a Mosca e a Leningrado. Per l'occasione la Federazione prepara un ampio resoconto della lotta contro la tubercolosi in Italia attuata dai vari Enti prepostivi dal Governo Nazionale Fascista.

Le iscrizioni si chiudono il 1° agosto 1934-XII.

Per tutte le informazioni e richieste di programma rivolgersi alla Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, via Nazionale 200, Roma.

**Per gli eroi della scienza.**

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto recante nuove norme per la concessione delle ricompense al valor civile. Con esso, innovandosi ed integrandosi disposizioni in vigore sin dal 1851, si stabilisce di aggiungere agli atti di valore, per i quali possono accordarsi ricompense, quelli di coloro che arrischiano la propria vita: *a*) per il progresso delle scienze ed in genere per il bene dell'umanità; *b*) per tenere alto nell'arringo civile il nome ed il prestigio della Patria. In relazione a tale modificazione, si innovano, altresì, le norme riguardanti gli Enti e le autorità autorizzate a formulare le proposte di ricompensa, i termini per la presentazione delle proposte, nonchè la composizione della commissione giudicatrice.

**Un po' dovunque.**

L'Istituto Maragliano di Genova per la lotta antitubercolare, ha messo a disposizione di S. E. il Capo del Governo mezzo milione annuo di vaccinazioni preventive contro le malattie tubercolari: vaccino metodo Italiano.

S. E. il Capo del Governo, accettando di buon grado il dono, ne ha fatti avvertire — con una apposita circolare — i Consorzi Antitubercolari acciò possano avere gratuitamente questo mezzo vaccinante, sicuramente innocuo, e possa esserne, con estese applicazioni, appurato il valore.

Il vaccino non sarà quindi più venduto ma solo donato.

Il 1° congresso internazionale di endocrinologia, indetto dalla Società dei Medici di Marienbad, si è svolto dal 24 al 26 maggio, sotto la presidenza del prof. Julius Bauer di Vienna. Per informazioni rivolgersi allo: Balneologisches Institut, Marienbad, Cecoslovacchia.

Ricordiamo che il 23° Congresso francese di medicina si terrà a Quebec (Canadà) dal 27 al 30 agosto e coinciderà col 13° Congresso dei medici di lingua francese d'America e d'Europa; questi due congressi sono indetti in occasione delle feste pel 4° centenario della scoperta del Canadà.

Oltre 250 medici milanesi si sono adunati l'8 giugno a Casino Boario, ospiti della Società delle Terme; il convegno aveva principalmente lo scopo di richiamare le nozioni sulle qualità terapeutiche delle secolari fonti.

Il 15 giugno si è adunata l'Associazione Napoletana dei Medici e Naturalisti; venne discusso il tema generale: « Il trauma quale agente produttore delle malattie (considerazioni medico-legali) »; furono presentate relazioni dai proff. Fragnito, Pace, d'Istria, Castronuovo, Pansini, Baldi e dai dottori A. D'Arrigo, Fittipaldi.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 27 aprile, il 25 maggio, l'8 giugno e il 22 giugno, sotto la presidenza del prof. M. Donati. Furono fatte complessivamente 28 comunicazioni, il che prova la rigogliosa vitalità dell'istituzione.

La Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia si è adunata il 31 maggio, sotto la presidenza del prof. Clivio, assistito dal segretario prof. Vozza. Furono fatte comunicazioni da: C. Tenconi, G. Dossena, N. Dallera, L. Sanjust, E. Bortini, B. Buzzi, G. P. Riccardi.

Il 4° Convegno regionale della Sezione veneta della Federazione naz. antitubercolare, del quale demmo già notizia, si è svolto a Venezia nei giorni 24 e 25 giugno; le discussioni e comunicazioni hanno destato il più vivo interesse.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 7 giugno sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. G. Gallina. Furono fatte comunicazioni da: O. Cipollino, C. A. Luzzatti, D. Cantone, V. Gallina, S. M. Gliozzi, P. Spoto.

L'Associazione Americana degli Ospedali ha organizzato un corso per amministratori d'ospedale, dal 10 al 22 settembre, in Chicago. Sede dell'Associazione: East Division Street 18, Chicago, Ill., S. U. d'A.

Un corso di perfezionamento sulla chirurgia infantile si terrà, sotto la direzione del prof. H.-L. Rocher, dal 22 al 27 ottobre, presso l'Università di Bordeaux. Tassa d'iscrizione 200 franchi. Rivolgersi a: Secrétariat de la Faculté de Médecine, Bordeaux.

Nella sede della Clinica medica di Torino è stata consegnata al sen. Ferdinando Micheli, dal prof. Carlo Gamna di Siena e in nome di tutti gli allievi, un'artistica medaglia d'oro, opera dello scultore sen. Rabino. Parlarono il prof. Gamna e il prof. Dominici, primo aiuto della Clinica; rispose, con cordialità e gratitudine, il sen. Micheli.

Il 3 giugno i proff. Davide sen. Giordano e Fabio Vitali hanno lasciato il servizio attivo nell'Ospedale Civile di Venezia, per raggiunti limiti d'età. La presidenza dell'Ospedale ha voluto attestare, ai due illustri sanitari, l'estimazione e la gratitudine di cui sono circondati ed assicurare loro che rimarranno collaboratori dell'Ospedale di cui, per deliberazione del Consiglio, divengono primari emeriti e consulenti.

L'Accademia di Medicina del Messico ha celebrato il quinquagenario professionale del dott. Francisco Hurtado, laboratorista, chirurgo, ginecologo, internista, direttore della Facoltà odontologica.

A San Domingo ha ripreso le pubblicazioni « La Tribuna Médica », organo dell'Associazione Medica Dominicana; non usciva più dal principio del 1933. È diretta dal dott. Viriato A. Frialho.

A Montevideo ha iniziato le pubblicazioni « El Día Médico Uruguayo », destinato alla medicina generale e alla pediatria, diretto dai dottori R. Almeida Pintos e C. Alberto Estapé.

Il periodico « Caracas Médico », organo della Clinica Acosta Ortiz di Caracas, uscirà in fascicoli mensili, ciascuno dei quali destinato ad un tema determinato; il primo numero riguarda le flebiti. Il periodico riferirà sugli studî medici compiuti nel Venezuela. Sarà diretto dal dott. J. Rojas Contreras.

Secondo notizie inviate dal dott. C. Gianturco alla « Riforma Medica », durante il quinquennio 1929-1933 si sono presentati agli esami per l'esercizio della medicina negli Stati Uniti: 61 laureati dell'Università di Vienna, che sono stati approvati nella misura del 71 %; 41 dell'Università di Roma, di cui approvati il 44 %; 116 dell'Università di Napoli, di cui approvati il 33 %. Queste cifre tendono a dimostrare che le nostre Università in genere, ed alcune di esse in specie, sono troppo corrive nel rilasciare i diplomi.

Il Governo cinese, preoccupato per l'affluenza di medici dall'Europa — in particolare ebrei profughi dalla Germania — prega vivamente i medici che volessero recarsi in Cina di mettersi prima in rapporto con le autorità cinesi, il che può esser fatto pel tramite della delegazione cinese alla

Società delle Nazioni (rue Charles Falland 18, Genève, Svizzera).

A Valenton, presso Parigi, nel parco secolare del castello « des Charmilles », ove sorge la casa di ritiro dei medici francesi, è stato inaugurato un busto di Maurice Cazin, ex-presidente e benefattore dell'opera. Erano presenti molte personalità. Parlarono Paul Strauss, ex-ministro, il prof. Bernard Cunéo, attuale presidente, il dott. Dupuy de Frenelle, direttore dell'Istituto, il decano dei pensionati dott. Leter, e altri.

Il Ministero dell'Interno ha concesso un sussidio di L. 50.000 agli Ospedali Riuniti di S. Giovanni di-Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, sul fondo di sovvenzioni alle istituzioni di pubblica beneficenza.

La signora Annetta Albini vedova Perego, nel secondo anniversario della morte del marito rag. comm. Roberto Perego, ricordandolo con immutato affetto, ha donato all'Ospedale Maggiore di Milano la somma di lire 100.000 in contanti, come contributo alle spese di costruzione del nuovo grande Ospedale-giardino.

In seguito alla soppressione, da parte del Ministero dell'Interno, della specialità farmaceutica « Soluzione policalcica speciale Carobbio », sorse una causa civile per danni, intentata dai dottori Luigi Carobbio e Romolo Venturini, che avevano ideato il prodotto, contro il dott. Giulio Maccone, che lo preparava. Essa è stata composta per i buoni uffici del giudice istruttore, cav. Francesco Bianco; a chiusura della vertenza, il dott. Maccone ha destinato lire 10.000 per beneficenza.

Demmo già notizia della nuova tassa (33 % del valore) stabilita in Inghilterra sull'insulina importata. Ne sono derivate vivaci proteste, ospitate nel giornale « Star ». Alla Camera dei Comuni il ministro delle Finanze ha rilevato che non si è determinato aumento, ma diminuzione nel prezzo dell'insulina venduta dai fabbricanti inglesi. Tuttavia la tassa è stata quasi immediatamente soppressa.

L'equipaggio del guarda-coste belga « Zinnia » ha voluto rendere un omaggio alla memoria del dott. Gaston Daniel, che per dodici anni ne fu il medico e che seppe guadagnarsene la viva gratitudine. Per sottoscrizione è stata fatta costruire un'àncora in ferro forgiato; una rappresentanza dell'equipaggio, composta di 29 persone, tra cui il comandante e il cappellano, si è recata a deporre questo ricordo avanti la tomba del Daniel, nel cimitero di Saint-Josse. L'iscrizione dice soltanto: « Zinnia al suo caro dottore ».

Il dott. Clayton May, di Minneapolis, del quale avemmo già ad occuparci, condannato a due anni di carcere e 1000 dollari di ammenda per avere curato il bandito John Dillinger di una ferita d'arma da fuoco senza denunziarlo alla Polizia, ha interposto appello. Il May è nato nel 1887.

Con il prof. MIGUEL COUTO è scomparso uno dei più reputati clinici dei nostri tempi. Ha insegnato lungamente nell'Università di Rio de Janeiro ed ha coperto molte cariche importanti. Ha speso nobilmente la vita.

# RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Minerva Med.*, 21 apr. — F. SABATELLI. Linfogranulomatosi maligna.

*Arch. Ital. di Anat. e Ist. patol.*, nov.-dic. — F. GUCCIONE. Gliomi. — M. CHIOVENDA. Pachimeningite incistata colesterinica.

*Diagnost. e Tecn. di Labor.*, 25 mar. — G. SOTGIU. Iperbilirubinemia adrenalinica negli epatici.

*Bull. d. Sc. Med.*, nov.-dic. — A. PALLOTTI. Volvolo della cistifellea.

*Brit. Med. Journ.*, 21 apr. — A. H. DOUTHROVITE. Trattam. dell'obesità.

*Paris Méd.*, 24 apr. — Acque minerali, climato- e fisioterapia.

*Arch. Mal. App. Dig., ecc.*, apr. — S. KADRUKA e P. BARDET. Periduodeniti d'origine appendicolare.

*Klin. Woch.*, 21 apr. — E. URBACH. Lipoidosi con manifestazioni cutanee. — W. EHRICH. Ipoglicemie congenite.

*Amer. Jl. Obst. a. Gyn.*, apr. — E. NOVAK. L'endocrinologia nei problemi ginecologici. — J. THORNWELL WITHERSPOON. Le cause dell'inizio del travaglio. — C. G. HARTMAN. Tentativi d'influenzare il ciclo mestruale nelle scimmie.

*Rif. Med.*, 7 apr. — C. TRUNECEK. Nuova categoria di processi endocrini: l'estrazione interna. — F. LOBELLO. Ernia spontanea dalla linea di Spiegel.

*Presse Méd.*, 21 apr. — EM. SERGENT e al. Gomme sifilitiche del polmone. — J. SHERMITTE e P. PAGNIEZ. Sindrome pseudo-ipofisaria.

*Journal A. M. A.*, 7 apr. — A. W. ADSON e G. E. BROWN. Ipertensione maligna. — S. H. POLAYES e I. M. DERBY. Gruppi sanguigni e malarioterapia. — M. SOLIS-COHEN. Concezione dell'infezione focale. — C. L. RANDELL. Granulopenia consecutiva a barbiturati e amidopirina. — F. E. POOLE e al. Morti da dinitrofenolo.

*Rev. Españ. de Med. y Cir.*, apr. — X. FERREBONS-CO. Sulla supposta vagotonia degli asmatici.

*Giorn. di Batteriol. e Immun.*, apr. — R. ATTIMONELLI. Immunità paraspecifica conferita dalla tbc. contro il carbonchio. — A. I. LIPSTEIN. Proprietà battericide dei vapori di iodio e loro valore curativo. — V. FINUCCI. Batteriemia post-operatoria.

*Med. Welt*, 21 apr. — H. VOGT e al. Balneoterapia.

*Riv. It. di Stomatol.*, apr. — W. H. HYDE. Cellulite cervicale ed angina di Ludwig. — L. CHIUMINATTO. Denti inclusi.

*Semana Méd.*, 5 apr. — G. ARÁOZ ALFARO. Poliomielite ant. ac.

*Riv. San. Sicil.*, 15 apr. — A. E. D'ANGELO. Chimografia cardiaca. — E. MORETTI. Disinfezione dell'occhio artificiale.

*Gaz. d. Hôp.*, 28 apr. — G. CARRIÈRE e al. Barbiturismo acuto.

*Med. Welt*, 28 apr. — M. WEBER. Otosclerosi. — W. BAETZNER. Anuria riflessa.

*Münch. Med. Woch.*, 27 apr. — G. BENCZUR. Neuralgie e mialgie croniche.

*Med. Klinik*, 28 apr. — H. KALK. Ipertensione parossistica. — K. F. VON EISENBERG. Angina pectoris e allergia.

*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 apr. — A. PIC e al. Reumatismo e tbc.

*Presse Méd.*, 25 apr. — M. CHIRAY e al. Dolicocolon. — R. DEGRAIS. Stati precancerosi del collo uterino.

*Med. Klinik*, 27 apr. — R. BLUM. Problemi sull'asma. — H. BERHNARDT e K. SCHUTZE. Suppositori.

*Arch. Sc. Med.*, apr. — P. FRUGONI. Contenuto totale in calcio e fosforo di ratti tireoparatireoprivi ed in eccesso di parathormone.

*Journal A. M. A.*, 14 apr. — A. M. HOFFMANN e al. Neutropenia consecutiva ad uso di amidopirina. — 21 apr. J. H. STOKES. Trattam. della sifilide precoce. — W. H. WOGLOM e L. A. WEBER. Acque pesanti e sviluppo di tumori.

*Ann. di Med. Nav. e Col.*, mar.-apr. — BOGLIOLO. Trasmissione delle leishmaniosi.

*Riv. Ital. di Terapia*, gen. — L. CROSETTI. L'efetonina negli accessi di Morgagni-Adams-Stokes.

*Rif. Med.*, 14 apr. — T. TAMBURRI. « Piccola pubertà » del Pende e « neutrale Kindheit » di Stratz.

*Rev. Franç. de Gyn. ecc.*, mag. — 3° Congresso franc. di ginecologia.

*Ann. de Méd.*, mag. — R. GOIFFON e al. Spirometria clinica. — I. PAVEL e al. Esploraz. funzionale del fegato. — R. BURNOND. Accidenti periodici dei tubercolotici.

*Practitioner*, mag. — Numero sulle malattie dell'occhio.

*Acta Med. Scand.*, I-II. — E. MARCUSSON. L'anamnesi sociale nell'ospedale. — W. I. RACHMANN. Dystrophia adiposo-genitalis. — C. GIERTEN. Erythema nodosum. — H. HOLLANDER. Anemia achilica. — E. FORSGREN e R. SCHNELL. Ritmo del metabolismo.

*Deut. Med. Woch.*, 4 mag. — Numero semi-monografico sul reumatismo.

*Presse Méd.*, 2 mag. — D.-L. VIOLLE. Calcio ed eliminazione renale.



## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 30 Luglio 1934 - XII Num. 30

# "IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE S. SPIRITO - SALA S. MARIA - ROMA

Primario. Prof. TOMMASO LUCHERINI.

### Colecistografia rapida con atophanyl.

*Nota preventiva*

del dott. RENATO LUSENA, aiuto medico.

Il metodo Antonucci per la colecistografia rapida ha destato vivo interesse non solo fra i radiologi, ai quali ha indicato una tecnica nuova di opacificazione della cistifellea e delle vie biliari, ma anche fra i medici, perchè ha sollevato delle importanti discussioni sul suo meccanismo di produzione.

Dal 1931 ad oggi la letteratura si è arricchita di numerosi lavori su questo metodo di indagine radiologica e ci ha contribuito lo stesso Antonucci coi suoi allievi.

Colecistografie rapide furono ottenute dall'Antonucci oltre che con tetraiodo, glucosio ed insulina anche con tetraiodo e glucosio previa dieta senza idrati di carbonio. In un primo tempo egli pensò che il glucosio si caricasse della tetraiodo e la portasse al fegato, ma poi abbandonò senz'altro quest'ipotesi, perchè egli stesso in collaborazione collo Zappalà ed altri ottenne colecistografie rapide con tetraiodo associata a varie sostanze (soluzione concentrata di urea, fenolsulfonftaleina, blu di metilene, indaco-carminio). Colecistografie rapide furono ottenute con soluzione ipertonica di glucosio dal Bottaliga, con soluzione ipertonica di cloruro di sodio dallo Sciacca, coll'irradiazione epatica dallo Zappalà, con glucosio per via orale dal Facci, dal Liverani e dal Lovisatti, con rosabengala dallo Stefanini, con salirgan dal Capua, sempre, naturalmente, in associazione colla tetraiodo.

Molto recentemente Barbieri e Facci Tosatti hanno comunicato di aver ottenuto colecistografie rapide con acetilcolina, con tachidrolo, con urotropina, con pituitrina, con soluzione

clorurata ipertonica, sempre insieme a tetraiodo, mentre non ebbero visibilità rapida della colecisti con istamina, adrenalina, choleval, soluzione clorurata isotonica, e diatermia.

All'Ospedale di S. Spirito, per consiglio e sotto il controllo del mio Primario, Prof. Lucherini, ho eseguito in soggetto con fegato e vie biliari normali, lo studio della colecistografia rapida mediante tetraiodo associata ad atophanyl, sostanza che sembrava particolarmente indicata perchè contemporaneamente colagoga (per la presenza di atophan) e coleretica (per la presenza di salicilato di sodio). L'atophan è



FIG. 1. — Dopo 15' dall'iniezione.

già stato usato dal Pribram per la colecistografia ed è in commercio un prodotto, il Biloptin, che è diiodatophan, che però si dà per bocca e provoca colecistografie non rapide.

Il sinergismo fisiologico delle due sostanze contenute nell'atophanyl ha risposto perfettamente dando una colecistografia che si può chiamare rapidissima, perchè la visibilità della cistifellea era netta dopo 15', come si può vedere nei radiogrammi che unisco e che sono assai dimostrativi.

Il radiogramma preso dopo 15' minuti indica che non solo la tetraiodo ha raggiunto la cistifellea, ma che l'ha anche oltrepassata, perchè si vede nel lume intestinale, quindi la visibilità della colecisti era comparsa anche prima del 15'.

Mi propongo di completare quest'osservazione studiando altri soggetti normali e un certo numero di epatopazienti. Per meglio interpretare il meccanismo della colecistografia rapidissima con atophanyl endovenoso, farò anche la colecistografia con solo salicilato di sodio endovenoso, in modo da servirmi di un solo dei due componenti, dell'atophanyl e precisamente del coleretico. Ho anche in corso lo studio della colecistografia rapida con tetraiodo associata a boldo, rosso congo, estratti di bile, clisteri freddi. Mi riservo di comunicare i risultati di queste ricerche appena saranno ultimate. Intanto indico qui la tecnica da me usata per la



FIG. 2. — Dopo 60' dall'iniezione.

colecistografia rapida con atophanyl endovenoso: Paziente a digiuno da 12 ore dopo 24 ore di dieta priva di idrati di carbonio; iniezione endovenosa di 3 gr. di tetraiodo seguita immediatamente da un'iniezione endovenosa di 10 cc. di Atophanyl. Primo radiogramma dopo 15'; radiogrammi successivi ogni mezz'ora per due ore consecutive.

## RIASSUNTO.

L'A. indica un nuovo metodo di colecistografia (tetraiodo e atophanyl per via endovenosa) che si può chiamare rapidissima, perchè ottenuta dopo 15'. Egli si riserva di pubblicare ulteriori indagini con questo e con altri mezzi che elenca e che ha attualmente in corso di studio.

# NOTE E CONTRIBUTI

OPERA NAZ. PER LA PROTEZIONE E ASSISTENZA DEGLI INVALIDI DI GUERRA
SANATORIO VITTORIO EMANUELE III SULL'ASPROMONTE.
Direttore medico-amministrativo: dott. G. AVOGADRO.

## Circa il valore della reazione biologica proposta da V. C. Piazza per l'antigenuria tubercolare.

F. B. OMIZZOLO e C. ZACH, aiuto e primo assist.

Fin dal 1923 V. C. Piazza proponeva una sua reazione biologica della tubercolosi, reazione che, secondo l'A., era capace di dimostrare la presenza di antigeni tubercolari nelle orine dei tubercolotici. Dopo del Piazza altri si sono occupati della reazione, applicandola in svariate forme della tubercolosi (polmonare, genitale, oculare). Recentemente il Piazza ritorna sull'argomento, ribadendo i concetti informatori della sua prova, precisandone la tecnica e concludendo che:

1) tale reazione è perfettamente specifica per la tubercolosi;

2) che essa, svelando la presenza di antigeni tubercolari nelle orine, dimostra l'esistenza di focolai tubercolari attivi e permette così di seguirne l'attività;

3) che tale reazione inoltre permette di poter identificare l'eziologia tubercolare di certe affezioni, la cui natura è dubbia e di identificare la natura del terreno tubercolare sul quale si svolgono speciali affezioni.

Ognuno dovrà convenire che qualora si possa dimostrare che una reazione biologica della tubercolosi risponda ai sopraelencati quesiti, essa ha pieno diritto di entrare nella pratica abituale del diagnostico, tanto spesso difficile, della infezione Kochiana.

Negli ultimi anni vari metodi di diagnosi sono stati proposti ed usati, appoggiati a concezioni d'ordine immunologico, biologico, ecc.; tuttavia, poche sono quelle prove che sono capaci di fornire al clinico dati così certi, quali promette la reazione di Piazza, la quale alla particolare precisione dei risultati, unirebbe anche il notevole vantaggio di una tecnica estremamente semplice.

Esponiamo pertanto il metodo che l'A. indica per l'esecuzione della sua reazione.

Il Piazza parte dal concetto che mettendo a contatto le orine di un tubercolotico con il siero di un animale (coniglio) sensibilizzato artificialmente mediante materiale tubercolare (vecchia tubercolina di Koch), si rende evidente nelle predette orine, la presenza di antigeni tubercolari che solo gli anticorpi forniti dal siero sono in grado di svelare. Allo scopo di ottenere una certa uniformità di tecnica, l'A. è ricorso ad un antisiero prodotto da un coniglio tubercolinizzato; infatti, il servirsi di un siero di malato di tubercolosi avrebbe portato a delle variazioni di reazione in rapporto al tipo delle manifestazioni tubercolari, di cui il paziente fosse stato affetto.

Il coniglio scelto come produttore di siero è un coniglio normale di circa gr. 2000 di peso; esso viene sottoposto ad iniezioni peritoneali successive di tubercolina greggia. Le iniezioni vengono praticate nel modo seguente:

| | | |
|---|---|---|
| 1ª iniezione | . . . . . . . . . . | cc. 1 |
| 2ª iniezione, dopo 5-6 giorni dalla prec. | | » 2 |
| 3ª » | » » » » » | » 4 |
| 4ª » | » » » » » | » 6 |
| 5ª » | » » » » » | » 8 |

Volendo, si può praticare un'altra iniezione di cc. 10, ma il Piazza la sconsiglia per evitare che si presentino fenomeni anafilattici. Quindici giorni dopo l'ultima iniezione l'animale viene salassato al bianco ed il siero separato e conservato secondo le norme dell'asepsi. In queste condizioni si può procedere alla esecuzione della reazione.

Dice il Piazza: « Per mettere in evidenza il fenomeno della antigenuria è necessario adoperare orine fresche, possibilmente prelevate asetticamente, perfettamente limpide o rese limpide mediante filtrazione con filtri spessi. La reazione si pratica aggiungendo a cc. 5 di orina limpida, contenuta in provetta sterile, cc. 0,5 di siero di coniglio. Un'altra provetta contenente soltanto cc. 5 di orina serve come controllo ». Le due provette vengono poste in termostato a 37 gradi e dopo ventiquattro ore si legge la prima fase dei risultati della reazione (« fase precipitante »). Se la prova è positiva, vale a dire se l'orina in esame proviene da un tubercoloso, si dovrà riscontrare nella prima provetta un precipitato più o meno abbondante. Anche nel controllo talvolta si noterebbe un precipitato, ma non mai così evidente come nella prova completa.

Fatta la lettura dei risultati si procede al secondo tempo della reazione (« fase litica ») mediante la prova del biureto. A tale scopo si filtrano le orine contenute nelle due provette uscite dal termostato ed al disopra del filtrato di ognuna di esse (prova completa e prova controllo) si stratifica la soluzione alcalina di solfato di rame preparata secondo le indicazioni dell'A. Ad operazione compiu-

ta si osserva il verificarsi o meno della reazione del biureto (anello violaceo alla superficie di contatto tra i due liquidi, orina e soluzione di solfato di rame). Poichè secondo l'A. talvolta questa reazione non si manifesta immediatamente, egli consiglia di mettere ancora le due provette in termostato per 30 minuti, dopo di che si procede alla definitiva lettura di questa fase. Secondo il Piazza « la reazione del biureto positiva si osserva nelle provette in cui l'antitubercolina è stata aggiunta ad urina proveniente da tubercolotici in atto, non si osserva nelle urine di sani o di ammalati di altre malattie infettive ».

Dai risultati delle due fasi possono verificarsi i casi seguenti:

1) la fase precipitante e la fase litica si presentano contemporaneamente;

2) la fase precipitante è positiva e la litica negativa;

3) la fase precipitante è negativa e la litica positiva.

Il Piazza afferma quindi che ai fini della definitiva lettura, la reazione deve essere considerata positiva quando si verifichino i tre casi su accennati, mentre, si deve chiamare negativa quando ambedue le fasi (precipitante e litica) siano risultate negative.

L'Autore, nel suo lavoro, concludeva affermando la specificità rispetto alla tubercolosi della sua reazione, perchè: « si verifica solamente in individui affetti da tubercolosi polmonare in periodo febbrile e non negli individui affetti da altre malattie infettive o negli individui sani »;... « la reazione mette in rilievo, nelle orine di tubercolotici, la presenza di antigeni tubercolari che l'organismo elimina attraverso l'emuntorio renale »; « ...è in rapporto alla esistenza ed alla gravità del processo febbrile (tossiemia) ».

Nel corso della sua pubblicazione il Piazza dice anche: « per rendere quanto più semplice possibile la reazione, ho eliminato tutti i controlli con le urine normali, con siero normale ecc. perchè da tutte le ricerche fatte in precedenza sono risultati superflui ».

Nel suo ultimo lavoro il Piazza, sulla scorta delle esperienza degli altri autori, chiarisce alcuni punti relativi alla tecnica della reazione.

In un primo tempo l'A. dava maggior importanza alla « fase precipitante », poichè aveva notato che talvolta la « fase litica » non era svelabile. Il Santoli usando la reazione di Piazza avrebbe dimostrato che la seconda fase può essere alterata o mascherata da alcune sostanze che fanno parte dell'ordinaria terapia medicamentosa dei tubercolotici e che si riscontrano di frequente presenti nella orina. Quando si eliminino tali cause d'errore, la fase litica, secondo il Piazza ed altri (Bellavia, Lucacer, Quinto, Dumitru) sarebbe costantemente presente. Per di più, sempre secondo il Piazza, molte volte i risultati della fase precipitante possono essere erroneamente interpretati a causa della presenza, nelle orine di tubercolotici, di altri elementi patologici (fosfati ecc.).

I vari autori che usarono la reazione, sono quasi unanimi nel riconoscerle l'importanza che le attribuisce l'A. È da notare che, se si esclude il Di Bello, che ebbe qualche risultato discorde e che emise dei dubbi sull'esistenza dell'antigenuria o dei fenomeni immunitari, gli altri hanno tutti trovato la reazione positiva in casi di tubercolosi, con percentuali che variano dal 65 % di Franco al 98 % di Lucacer. Il Ponzi soltanto, il quale ha fatto uso, anzichè di siero di coniglio sensibilizzato, di siero di malato di tubercolosi polmonare, ha trovato dei risultati molto discordanti. È da notare però, che dalla pubblicazione del Piazza risulterebbe come il Ponzi sia stato il solo esperimentatore il quale abbia eseguito controlli sopra individui sani, ottenendo una reazione positiva.

Il Piazza, nel discutere questi risultati, sembra voglia attribuire la massima importanza, per giustificare i reperti dissenzienti, a deficienze di tecnica nell'esecuzione della reazione. Egli tra l'altro insiste sulla necessità di far uso di siero di coniglio sensibilizzato e, per quanto riguarda la seconda fase (reazione del biureto) della prova, dice: « bisogna tener presente che si tratta di reazione limite, la quale si verifica solamente nel caso specifico e non è dato da quella quantità di siero che si aggiunge all'orina per la reazione ».

*
* *

Attratti dalla semplicità della tecnica d'esecuzione della reazione, e dall'apparente bontà della stessa nei riguardi della diagnosi della tubercolosi, abbiamo voluto anche noi saggiarla, nel corso di alcune prove comparative, che nel nostro Istituto stiamo eseguendo, circa il valore di alcune reazioni biologiche della tubercolosi.

Ci è sembrato necessario tuttavia, prima di procedere alla sua applicazione pratica, di eseguire alcune prove di controllo, alle quali, ci sembra, il Piazza non abbia data soverchia importanza, ma i cui risultati, come vedremo più avanti, furono tali da convincerci della necessità di eliminare la reazione di Piazza

dalle prove biologiche destinate alla diagnosi della tubercolosi.

Già il Di Bello dunque aveva espresso dei dubbi circa l'esistenza degli antigeni tubercolari nelle orine di ammalati di tubercolosi e circa la creazione di uno stato immunitario adatto per la reazione di Piazza, nel coniglio trattato con ripetute iniezioni di tubercolina vecchia.

Per verificare il valore della reazione, ci è sembrato della massima importanza l'istituire dei controlli, che avrebbero potuto chiarire in modo inequivocabile i dubbi giustamente espressi dal Di Bello. A tale scopo abbiamo creduto opportuno di eseguire la reazione con del siero di coniglio normale, senza previo trattamento dell'animale con tubercolina, il quale dunque non poteva contenere anticorpi tubercolari specifici.

Per ottenere tale siero abbiamo salassato un coniglio adulto, del peso di oltre due chilogrammi, prelevando il sangue, con le comuni norme dell'asepsi, dalla vena giugulare esterna.

Le orine furono prelevato il più asetticamente possibile, da ammalati di tubercolosi polmonare grave, tutti con reperto positivo di bacilli di Koch nell'espettorato, quasi tutti in periodo febbrile. Esse furono filtrate attraverso carta da filtro molto spessa, in modo da renderle assolutamente limpide, e distribuite in provette sterili munite di tappe di cotone. Per ogni orina furono approntate due provette, contenenti ciascuna cc. 5 di orina filtrata. Nelle provette che dovevano servire per reazione completa abbiamo aggiunto all'orina cc. 0,5 di siero di coniglio normale, per ogni provetta. Dopo la permanenza dei tubi per 24 ore in termostato a 37 gradi, abbiamo fatto la lettura dei risultati della « fase precipitante », che riportiamo nella seguente tabella, nella quale abbiamo espresso con un numero variabile di + (massimo quattro +) l'intensità dell'intorbidamento osservato.

Come appare dalla tabella I i risultati sono stati veramente sorprendenti. Se essi devono essere giudicati con i criteri enunciati dall'autore della reazione, noi dobbiamo ritenere la reazione *positiva*, nella sua prima fase, in 13 casi su 18 (casi 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18), nei quali esisteva un intorbidamento esclusivamente nella provetta della reazione completa, oppure un intorbidamento maggiore in questa che non nella provetta di controllo.

Per eseguire la prova del biureto nelle stesse orine, abbiamo seguito scrupolosamente la tecnica indicata dal Piazza. Le orine, tanto

TABELLA I. — *Orine di ammalati di tubercolosi polmonare trattate con siero di coniglio normale. Risultati della « fase precipitante »* (5 cc. di orina + 0,5 cc. di siero).

| Caso N. | « Fase precipitante » | |
|---|---|---|
| | Reazione completa | Reazione controllo |
| 1 | + + + | + |
| 2 | — | — |
| 3 | + + + | + + |
| 4 | + + + | + + |
| 5 | + + + | — |
| 6 | + + + | + + + + |
| 7 | + | + |
| 8 | + | — |
| 9 | + + + + | — |
| 10 | + + + | + + |
| 11 | + + + | + + + |
| 12 | + | + |
| 13 | + | — |
| 14 | + + | — |
| 15 | + | — |
| 16 | + + + + | + |
| 17 | + + + | + |
| 18 | + + + + | + |

quella della reazione quanto quella del controllo, furono nuovamente filtrate ed in ogni provetta abbiamo aggiunto, stratificandolo al disopra delle orine, cc. 1 della seguente soluzione:

| | |
|---|---|
| Solfato di rame | gr. 0,30 |
| Idrato di soda | » 0,50 |
| Tartrato sodico potassico | » 1,50 |
| Acqua distillata | cc. 100 |

Dopo mezz'ora di permanenza in termostato, abbiamo verificato l'esito della prova del biureto, la quale in caso positivo (+) si manifesta con un anello violaceo nella zona di contatto fra i due liquidi.

I risultati furono: vedi tabella II.

Anche qui i risultati sono stati invero sorprendenti. La reazione del biureto risultò positiva in 17 casi sopra 18. Nel caso 16° in cui essa fu negativa, si osservò al punto di contatto tra i due liquidi, un anello di precipitazione, il quale con ogni probabilità, ha im-

TABELLA II. — *Risultati della « fase litica » delle prove della Tabella I.*

| Caso N. | « Fase litica » (biureto) | |
|---|---|---|
| | Reazione completa | Reazione controllo |
| 1 | + | 0 |
| 2 | + | 0 |
| 3 | + | 0 |
| 4 | + | 0 |
| 5 | + | 0 |
| 6 | + | 0 |
| 7 | + | 0 |
| 8 | + | 0 |
| 9 | + | 0 |
| 10 | + | 0 |
| 11 | + | 0 |
| 12 | + | 0 |
| 13 | + | 0 |
| 14 | + | 0 |
| 15 | + | 0 |
| 16 | 0 | 0 |
| 17 | + | 0 |
| 18 | + | 0 |

pedito che si verificasse la colorazione violacea caratteristica.

Sebbene le esperienze riportate, escludessero già da sole che la reazione di Piazza avesse come meccanismo d'azione un effetto precipitante di anticorpi specifici del siero sugli antigeni delle orine, dato che con tali nostre esperienze abbiamo escluso la presenza degli anticorpi, pure, abbiamo voluto ripetere le stesse prove usando il siero di un'altro animale, per escludere che il coniglio, vivendo nello stabulario di laboratorio, potesse essere in certo qual modo, per quanto inverosimilmente, immunizzato contro il bacillo della tubercolosi.

In questa seconda serie di prove abbiamo perciò usato il siero di un montone che vive nel gregge, in montagna, lontano dall'abitato.

Abbiamo eseguito la reazione sulle orine degli stessi casi precedenti, tranne uno (caso 13), dimesso nel frattempo e che fu sostituito con un un altro (caso 19) in analoghe condizioni di malattia, con la stessa tecnica, adoperando il siero di montone invece del siero di coniglio.

I risultati furono i seguenti:

TABELLA III. — *Orine dei malati della Tab. I trattati con siero di montone normale* (5 cc. di orina + 0,5 cc. di siero).

| Caso N. | « Fase precipitante » | | « Fase litica » (biureto) | |
|---|---|---|---|---|
| | Reaz. compl. | Reaz. contr. | Reaz. compl. | Reaz. contr. |
| 1 | + + + + | + + | + | 0 |
| 2 | + | — | + | 0 |
| 3 | + + + | — | + | 0 |
| 4 | + + + | — | + | 0 |
| 5 | + + | — | + | 0 |
| 6 | + + + + | + | + | 0 |
| 7 | + + + | + + | + | 0 |
| 8 | + | — | + | 0 |
| 9 | — | — | + | 0 |
| 10 | + + + + | + | + | 0 |
| 11 | + + | + + | + | 0 |
| 12 | — | + | + | 0 |
| 14 | + + + + | + + | + | 0 |
| 15 | + | — | + | 0 |
| 16 | + + + + | + + + + | + | 0 |
| 17 | + + + + | + + + | + | 0 |
| 18 | — | — | + | 0 |
| 19 | + + + + | + + | + | 0 |

Anche in questo secondo gruppo di prove si ebbero numerosi risultati positivi nella « fase precipitante » (12 su 18) e tutte positive le reazioni del biureto.

Possiamo bene affermare dunque che la reazione di V. C. Piazza non rivela affatto l'eventuale presenza di antigeni nelle orine di individui affetti da tubercolosi.

Si trattava ora di vedere ancora se la reazione, non più intesa come reazione biologica per *l'antigenuria* tubercolare, fosse specifica per le orine di ammalati di tubercolosi, per un meccanismo differente da quello presunto dal Piazza.

Per verificare la specificità della reazione abbiamo istituito un terzo gruppo di esperienze, mettendo a contatto con dell'orina di individui *sani*, del siero di coniglio non tubercolinizzato, cioè quello usato per le prove della Tab. 1, adoperando sempre la stessa tecnica,

così com'è indicata dal Piazza. I risultati furono i seguenti:

Tabella IV. — *Orine di individui sani trattate con siero di coniglio normale* (5 cc. di orina + 0,5 cc. di siero).

| Caso N. | « Fase precipitante » | | « Fase litica » (biureto) | |
|---|---|---|---|---|
| | Prova compl. | Prova contr. | Prova compl. | Prova contr. |
| 20 | + + + + | + + | 0 | 0 |
| 21 | + + + + | — | + | 0 |
| 22 | + + + + | — | + | 0 |
| 23 | + + + + | + | + | 0 |
| 24 | + + | — | + | 0 |
| 25 | + + + + | + + + | + | 0 |
| 26 | + + + + | — | + | 0 |
| 27 | + + | + + + + | + | 0 |
| 28 | + + + + | + + + | + | 0 |
| 29 | + + + | + | + | 0 |
| 30 | + + + + | — | + | 0 |
| 31 | — | — | + | 0 |
| 32 | + + + + | + + | + | 0 |
| 33 | + + + + | + + | + | 0 |
| 34 | + + | + + | + | 0 |
| 35 | + + + | + | + | 0 |
| 36 | + + + + | + + + | 0 | 0 |
| 37 | + + + + | + + + | + | 0 |

Questi risultati ci hanno rivelato l'inesistenza di una specificità, per un qualsiasi meccanismo, della reazione. Nella « fase precipitante » si ebbero 15 casi positivi sopra 18, percentuale ancora maggiore di quella ottenuta con le orine di malati di tubercolosi, nella « fase litica » 16 positivi su 18. Le due provette con reazione del biureto negativa presentavano anch'esse, come il caso 16° della Tab. 2, un anello di precipitazione alla superficie di contatto dei due liquidi.

Dopo tali risultati veramente sconfortanti per l'utilità della reazione in parola, noi abbiamo voluto indagare quali siano le cause che provocano l'esito positivo sia nella « fase precipitante », che nella « fase litica » della reazione, una volta esclusa in modo inequivocabile la reazione biologica antigeni-anticorpi, sostenuta dal Piazza.

Abbiamo pensato subito, che l'intorbidamento nella « fase precipitante » potesse esser dovuto essenzialmente a rigoglioso sviluppo di germi contenuti nelle orine, in seguito alla permanenza di esse per 24 ore in termostato a 37 gradi. Tale sviluppo poteva essere favorito dall'aggiunta di siero ed in tal modo si poteva spiegare il maggior intorbidamento osservato quasi esclusivamente nei tubi della prova completa.

Per accertare quanto questa nostra supposizione potesse corrispondere alla verità, abbiamo istituito delle ricerche batteriologiche atte a rivelarci il numero di germi contenuti nelle orine, sia delle prove complete che delle prove controllo, dopo la loro permanenza di 24 ore in termostato. A tale scopo, abbiamo scelto cinque fra i casi più caratteristici della Tab. 3 ed abbiamo eseguito il conteggio delle colonie cresciute in piastre di agar insemenzate con cc. 0,1 di orina, prelevata dai tubi prima della seconda filtrazione che precede la prova del biureto, riportando il numero dei germi ad 1 cc. di orina.

I risultati, riassunti nella seguente tabella, hanno pienamente confermato la nostra supposizione:

Tabella V. — *Numero di germi per 1 cc. di orina.* (Casi della Tabella III).

| Caso N. | «Fase precipit.» Reaz. completa | Numero di germi | «Fase precipit.» Reaz. controllo | Numero di germi |
|---|---|---|---|---|
| 3 | + + + | 1131 | — | 250 |
| 6 | + + + + | 11308 | + | 1702 |
| 10 | + + + + | 14135 | + + + + | ∞ |
| 16 | — | 509 | — | 565 |
| 18 | + + + + | ∞ | + | 1236 |

Certamente bisognerà invocare anche delle altre cause per chiarire il meccanismo con il quale avviene l'intorbidamento dell'orina e bisognerà pensare sopratutto alla precipitazione di fosfati, ma spetta senza dubbio la massima importanza ai germi, i quali, quando superano il migliaio per 1 cc. di liquido, riescono a produrre un intorbidamento visibile che gradualmente aumenta col crescere del numero dei microrganismi.

Abbiamo visto che la reazione del biureto riesce costantemente positiva in tutte le orine trattate con siero (salvo rarissime eccezioni nelle quali essa viene ad essere mascherata) e riesce costantemente negativa nelle orine di controllo.

Non si può quindi fare a meno di attribuire il risultato positivo della reazione del biureto, alla reazione che si verifica per la presenza

delle proteine del siero che abbiamo aggiunto alle orine. E difatti, dalla biochimica noi sappiamo che quando si aggiunge ad una soluzione contenente sostanze proteiche, alcalinizzata con soda o potassa caustica, qualche goccia di una soluzione diluita di solfato di rame, si ha la comparsa, a freddo, di una colorazione azzurro-violacea. Nè si deve da questo dedurre che il biureto sia presente, quale corpo costitutivo nelle sostanze proteiche; la reazione in parola è sempre positiva quando la sostanza in esame contiene due gruppi $-CO-NH_2$ legati ad uno stesso atomo d'azoto o ad uno stesso atomo di carbonio oppure direttamente fra di loro. Così, la reazione riesce positiva, per esempio, con la amide malonica, la amide ossalica e con altri corpi (Parsons).

Nella « fase litica » della reazione del Piazza non si tratta di una reazione limite, la quale escluderebbe che i risultati positivi fossero dovuti alle proteine del siero aggiunto all'orina; poichè, con diluizioni di siero in soluzione fisiologica, dieci volte maggiori di quella indicata per la reazione in parola, noi abbiamo ottenuto costantemente l'anello violaceo alla superficie di contatto dei due liquidi: soluzione fisiologica + siero e reattivo del Piazza per il biureto, come appare dalla tabella seguente.

TABELLA VI.

| Soluz. fisiologica clorurosodica | Siero di montone | Reazione del biureto |
|---|---|---|
| cc. 5,0 | cc. 0,05 | Positiva |
| cc. 5,0 | cc. 0,1 | Positiva |
| cc. 5,0 | cc. 0,2 | Positiva |
| cc. 5,0 | cc. 0,3 | Positiva |
| cc. 5,0 | cc. 0,4 | Positiva |
| cc. 5,0 | cc. 0,5 | Positiva |

Le provette di questo saggio, dopo l'aggiunta del siero alla soluzione fisiologica, furono lasciate per 24 ore in termostato a 37 gradi, prima di eseguire la reazione del biureto, per metterci in condizioni di esperienza analoghe a quelle della prova eseguita con le orine.

I risultati di queste ultime esperienze di controllo dimostrano chiaramente, non solo, che la reazione del biureto che abbiamo osservata nelle orine trattate con siero, è dovuta esclusivamente alla presenza delle proteine del siero stesso, per cui essa non ebbe giammai a verificarsi nelle orine di controllo, ma anche, che nella quantità usata per la reazione del Piazza, essa non rappresenta assolutamente una reazione limite.

Queste considerazioni ci furono largamente comprovate da un'ulteriore prova, nella quale eseguimmo le stesse esperienze indicate dalla tabella 6, con le stesse modalità, sostituendo alla soluzione fisiologica, l'orina di un individuo sano (Tab. 7) ed aggiungendo un tubo con orina di controllo.

TABELLA VII.

| Urina di individuo sano | Siero di montone | Intorbidamento | Reazione del biureto |
|---|---|---|---|
| cc. 5,0 | cc. 0,05 | Assente | Positiva |
| cc. 5,0 | cc. 0,1 | Assente | Positiva |
| cc. 5,0 | cc. 0,2 | Assente | Positiva |
| cc. 5,0 | cc. 0,3 | Assente | Positiva |
| cc. 5,0 | cc. 0,4 | Assente | Positiva |
| cc. 5,0 | cc. 0,5 | Presente | Positiva |
| Controllo cc. 5,0 | — | Assente | Negativa |

Si vede, che anche in quest'ultimo caso, pur provenendo l'orina da un individuo sano ed il siero da un montone per nulla tubercolinizzato, si ebbe un intorbidamento evidente alla diluizione del siero di cc. 0,5 su 5, corrispondente alle proporzioni usate per la reazione, e costantemente positiva la reazione del biureto in tutte le provette nelle quali fu aggiunto il siero, ed anche in quella con una diluizione dieci volte maggiore di quella usata per la reazione dal Piazza.

In base ai risultati delle nostre esperienze, noi crediamo di poter concludere affermando che:

1) la reazione biologica di V. C. Piazza per la dimostrazione dell'antigenuria nella tubercolosi, non rivela la presenza di antigeni tubercolari nelle orine, poichè essa risulta costantemente positiva in ambedue le sue fasi, anche quando si trattino le orine di malati di tubercolosi con siero di animali (coniglio, montone) non tubercolinizzati ed assolutamente privi dunque di anticorpi specifici;

2) la stessa reazione non è specifica per la tubercolosi, poichè essa risulta costantemente positiva anche con le orine di individui sani;

3) l'intorbidamento nella « fase precipitante » della reazione è dovuto sopratutto allo sviluppo più o meno grande di microrganismi nelle orine, in seguito alla permanenza per 24 ore in termostato a 37 gradi;

4) il risultato costantemente positivo

della reazione del biureto, usando il reattivo indicato dal Piazza, nelle orine mescolate a siero, è dovuto alla presenza delle proteine del siero; nè si tratta di una reazione limite, verificandosi la reazione del biureto anche con diluizioni di siero dieci volte maggiori di quella indicata dal Piazza per la sua reazione.

RIASSUNTO.

Gli AA. hanno controllato la reazione biologica indicata da V. C. Piazza per l'antigenuria tubercolare, usando sieri di coniglio e di montone normali (non trattati con tubercolina) ed orine di individui affetti da forme gravi, aperte, attive, di tubercolosi polmonare, e di individui sani. Essi hanno ottenuto risultati costantemente positivi, specialmente nella « seconda fase » della reazione, con *tutte* le orine esaminate. La reazione del biureto inoltre si manifestò anche con diluizioni di siero dieci volte maggiori di quelle indicate per la reazione del Piazza. Essi concludono perciò affermando che la reazione del Piazza non serve a svelare un'eventuale antigenuria tubercolare, nè è specifica per la tubercolosi. Con opportuni esami batteriologici essi stabiliscono inoltre che l'intorbidamento nella « prima fase » è dovuto principalmente allo sviluppo rigoglioso di germi nell'orina, e dimostrano che la reazione del biureto nella « seconda fase » della reazione è data dalle proteine del siero aggiunto all'orina.

BIBLIOGRAFIA.

Per le indicazioni bibliografiche rimandiamo alla più recente pubblicazione del prof. V. C. PIAZZA: *Reazione biologica per l'antigenuria tubercolare.* Atti della Società Medico-Chirurgica Calabrese, anno 1933-XI.



# OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE S. SALVATORE DI PESARO
Direttore e Chirurgo Primario: Prof. C. COSTA.

## Occlusione intestinale acuta da annodamento dell'appendice cecale affetta da cisti mucosa dell'apice.

Dott. ALDO QUATTROCCHI, assistente chirurgo.

La rarità del reperto operatorio e le particolari modalità di evoluzione dei fenomeni clinici mi spingono ad illustrare brevemente il seguente caso occorso alla nostra pratica.

B. Palma, di a. 45, colona, da Pozzo; entra in Ospedale d'urgenza alle ore 3 del 9 novembre 1933, condottavi con l'autoambulanza. Non l'ha visitata prima alcun medico. Narra di essersi svegliata di soprassalto verso l'una, colta da dolori fortissimi al ventre accompagnati da vomito di sostanze alimentari che aveva ingerite la sera; portatrice di una ernia inguino-labiale a destra irriducibile, si è fatta subito accompagnare all'Ospedale per esservi operata, dice lei, di ernia strozzata. Io difatti riscontro la presenza dell'ernia, che è irriducibile, ma non è tesa, non dolente; non dimostra contenere intestino, sibbene magari omento aderente al sacco; anzi si direbbe obliterata la comunicazione del sacco a livello del suo colletto col cavo addominale, perchè con la tosse non si riesce a percepire alcun urto di parti che si insinuino attraverso la porta erniaria. Escludo subito trattarsi di ernia strozzata, e vado senz'altro alla ricerca di un'altra causa che possa darmi ragione dei fatti.

Rapidamente raccolgo la storia clinica dell'inferma, dalla quale risulta nulla di notevole nella famigliare; nella personale remota figurano dolori di pancia violenti sofferti circa quattro anni fa, accompagnati da vomito, che la paziente mette in rapporto ancora con l'ernia di cui abbiamo detto sopra; anzi narra che quella volta la regione inguinale si era tumefatta, la pelle arrossata e divenuta molto dolente alla palpazione, e che guarì in seguito ad applicazioni locali calde. Da quella volta però soffrì sempre dolori modici al ventre specialmente dopo mangiato, dolori che la paziente sopportò, convinta che dipendessero dall'ernia della quale temeva l'operazione.

*E. O.* Donna di costituzione scheletrica regolare, alta, magra, in condizioni generali molto malandate, tanto da dimostrare molto più età di quella reale. Bocca in condizioni pietose per carie diffusa a tutti i denti con distruzione quasi completa dei medesimi. Aspetto sofferente. Nulla al torace. Addome avvallato; presenza di ernia inguinale destra irriducibile, non tesa, non dolente. Addome dolente alla pressione, abbastanza trattabile; più sensibile la regione mesogastrica. Palpando minutamente l'addome, chè le condizioni della paziente lo permettono senza causare eccessive sofferenze, ho la sensazione precisa di avvertire in corrispondenza del punto di Mac-Burney un tumoretto grosso come un piccolo mandarino. Però non riesco a risvegliare un dolore più vivo in tale sede; sicchè rimango sospeso sulla interpretazione da dare a tale reperto. La paziente

non ha vomito; i dolori non sono molto gravi, anzi essa stessa afferma di stare meglio, chè, dice, se fossero continuati così gravi sarebbe morta; temperatura 36°,4; polso 85 ritmico, abbastanza valido. Decido perciò di attendere che il quadro si delinei, e ordino che le sia iniettata mezza fialetta di morfina con una di olio canforato e le sia applicata la vescica di ghiaccio sul ventre. Alle ore sei rivedo la paziente: condizioni locali quasi immutate, tranne accenno a meteorismo; nessun punto più spiccatamente dolente alla palpazione; non avverto più la presenza del tumore in sede appendicolare; polso più frequente; non vomito; alvo chiuso per le feci e per i gas. Minzione spontanea con emissione di urina limpida che, all'esame ha una densità di 1022, è acida, e non dimostra contenere nè albumina nè zucchero. Faccio introdurre la sonda rettale con esito negativo. La faccia è poco rassicurante; mi pare vada assumendo i lineamenti caratteristici della facies peritonitica, e mi tiene in apprensione. Tenendo presente l'eventualità di un'ernia parietale dissimulata o di uno strozzamento interno, chiamo il primario, il quale prontamente accorso decide di intervenire.

*Operazione* (operatore: Costa; aiuto: Quattrocchi). Narcosi M. A. S. S. — etere regolare. Incisione inguinale destra; isolamento del sacco erniario che appare ispessito, chiuso al colletto, contenente sostanza mucosa e corpi liberi simili a piccoli fagioli, biancastri, lucenti. Si prolunga il taglio in alto sulla pararettale destra, praticando una erniolaparotomia ampia. Fuoriesce circa un bicchiere di liquido sieroematico, e subito affiora un'ansa intestinale nera come sanguinaccio. Si pensa a un volvolo; ma subito ci accorgiamo essere uno strozzamento dell'ultima ansa dell'ileo entro un nodo formato dall'appendice cecale, la quale all'apice presenta una formazione a clava, dura, a pareti spesse, grossa come un mandarino. L'appendice assai lunga aveva girato da sotto a sopra sull'ultima ansa del tenue, era ricaduta in avanti ed in basso per il peso della sopradescritta tumefazione del suo apice, ed aveva così stretto in un nodo robusto l'ultima ansa ileale da determinarne rapidissimamente la gangrena. Appendicectomia ed affondamento del moncone; resezione di sessanta centimetri dell'ileo terminale; affondamento dei monconi ed anastomosi ileo-cecale latero-laterale. Cura radicale dell'ernia alla Bassini. Sutura a strati delle pareti addominali.

Esaminata l'appendice essa ha l'aspetto e la consistenza di un tumore duro, solido al suo 3° distale; i suoi due terzi prossimali sono cordoniformi, a lume obliterato. Al taglio le pareti si presentano ispessite, ricche di tessuto connettivo che le trasforma in una specie di capsula fibrosa; nell'interno è contenuta una sostanza densa, dura, trasparente come ambra, friabile e divisibile in sferettine assai consistenti. Non abbiamo avuto la possibilità di eseguire ricerche chimiche e microscopiche di questa sostanza.

Decorso postoperatorio dei più tranquilli; temperatura 37°,7 alla sera dell'intervento; 37°,4-37°,9 il giorno seguente; 38° la sera del secondo giorno dall'intervento; successivamente apiressia. In decima giornata si tolgono le agrafes. Guarigione per primam. Il 26 dello stesso mese, 16 giorni cioè dopo l'intervento, viene dimessa completamente guarita.

L'abbiamo rivista a distanza: sta bene.

Coll'aumento progressivo dei casi di appendicite che pervengono al tavolo operatorio, la frequenza delle ciste intra-appendicolari è andata aumentando in questi ultimi anni; tuttavia essa non è eccessivamente grande. In uno studio del Normet su 45,000 casi di appendici asportate chirurgicamente nella Clinica Mayo, figurano 36 cisti dell'appendice. In altre statistiche le cisti mucose dell'appendice figurano dal 0,2 % (Castle), all'1 % (Ribbert). Noi abbiamo trovato quest'unico caso su 937 appendici asportate durante il quadriennio 1930-1934, con la frequenza quasi del 0,1 %.

Queste cisti appendicolari furono presentate sotto vari nomi: mucocele, idrope dell'appendice, cisti pseudomixomatose dell'appendice, ecc. In tutti i casi si tratta di cisti da ritenzione, provocate da stenosi od ostruzioni del lume dell'appendice. Ordinariamente si ritrova nella storia dei pazienti un attacco di appendicite acuta; e non è difficile interpretare la successione dei fatti morbosi: quali esiti anatomo-patologici dell'essudato infiammatorio costituitosi allora, si hanno retrazione del mesenteriolo ed inginocchiamento dell'appendice; oppure cicatrici connettivali che obliterano il lume appendicolare, per cui si interrompe la comunicazione dell'appendice col ceco. La secrezione mucosa endo-appendicolare viene da allora in poi ritenuta dentro l'organo che gradatamente viene dilatato in modo da aversi come una cisti. Se contemporaneamente si svolge un processo anatomico di periappendicite, le pareti si ispessiscono e il muco secreto viene contenuto in una specie di capsula fibrosa; ad un certo punto poi gli elementi ghiandolari mucipari endo-appendicolari si atrofizzano per compressione; la parte acquosa viene riassorbita, e si giunge così alla formazione di una tumefazione, che all'esterno ha tutto l'aspetto di un tumore solido, per la durezza del suo contenuto. Altre volte invece le pareti appendicolari si assottigliano per distensione fino a un punto tale da scoppiare; allora il contenuto si riversa nel peritoneo, dando origine alla formazione di un così detto pseudo-mixoma del peritoneo d'origine appendicolare. Noi ne abbiamo visto un caso incipiente in una donna di Fiorenzuola di Focara, certa C. Luigia, di anni 27, cartella n. 949. Operata il 14 agosto 1931, venuta al tavolo operatorio con diagnosi di appendicite sub-acuta: abbiamo asportato un'appendice di dimensioni normali, libera da aderenze, e dalla quale attraverso ad una piccola lacerazione della parete usciva fuori una escrescenza ramificata, somigliante ad un piccolo grappolo, con formazioni terminali acinose, costi-

tuite da una cuticola sottile e trasparente, contenente liquido acquoso-mucoso, in tutto simili a quelle cisterelle che si rinvengono nelle vicinanze degli organi genitali interni muliebri.

La paziente è uscita dall'ospedale in dodicesima giornata regolarmente guarita dall'operazione e non abbiamo più avuto occasione di rivederla.

***

Oltrechè per la singolare complicazione cui ha dato luogo questa rara forma morbosa, essendo l'unico caso descritto di occlusione intestinale da annodamento dell'appendice cecale, ho creduto opportuno illustrare e comunicare il nostro caso per i peculiari aspetti clinici da esso presentati. La nostra paziente aveva un'ernia inguinale destra irriducibile, che sviava dalla giusta diagnosi ed alla quale poteva darsi una grande importanza solo pensando ad un pizzicamento laterale dell'intestino. D'altra parte l'avere constatato la presenza di un tumore nel ventre che non era dolente alla pressione, e non vi era sopra rigidità muscolare riflessa che richiamasse l'attenzione su un processo acuto endo-addominale sottostante, non imponeva di per sè la diagnosi, la quale invero era impossibile porre nel nostro caso. Altro fatto importante da rilevarsi è la precocità dei fatti gangrenosi: in meno di otto ore si rinviene una lunga ansa intestinale nera come sanguinaccio, abbondante liquido siero-sanguinolento nel cavo addominale. E noi non abbiamo dormito, nè voluto far dormire la paziente con l'iniezione di morfina! Abbiamo praticato l'iniezione di morfina solo a scopo, se così si può dire, diagnostico: per individuare cioè la zona di maggior dolore, calmando tutto il subbuglio intestinale, che si verifica nei quadri addominali acutissimi e che non permette di precisare la sede del male; tuttavia neanche con questo accorgimento abbiamo potuto stabilire che l'appendice era la causa di tutti i fenomeni. Permaneva soltanto una zona più dolente alla pressione nella zona mesogastrica; nè manifesti erano gli altri segni di occlusione intestinale, cioè il vomito, il quale addirittura mancava durante il periodo di nostra osservazione; nè vi erano anse tese, dure, disegnate sotto le sottili pareti addominali di una donna magra, ma soltanto modico stato meteorico delle anse medesime. Siamo subito intervenuti per la facies angosciata della paziente, l'alvo chiuso, il meteorismo che si veniva stabilendo; tutti fenomeni incerti però per porre la giusta diagnosi. Nella precocità dell'intervento sta la ragione dell'esito felice ottenuto. Si comprende bene come in questo caso chiedere lumi alla radioscopia sarebbe stato non soltanto un perditempo inutile, ma pericoloso; e forse non avrebbe portato alcun beneficio diagnostico, se pur la paziente non avesse vomitato il pasto opaco. Neanche i precedenti anamnestici ci indirizzavano a formulare una giusta diagnosi. I dolori sofferti dalla malata quattro anni fa, con manifestazioni infiammatorie a carico degli involucri dell'ernia e dei tegumenti della regione inguinale destra, messi in rapporto alle condizioni anatomo-patologiche da noi riscontrate all'atto operatorio, fanno pensare con giusta ragione ad un attacco grave di appendicite con peritonite diffusa al sacco erniario, che ha causato l'obliterazione del medesimo al livello del suo colletto. Inoltre come conseguenza di quell'appendicite si è avuta la chiusura dello sbocco dell'appendice col ceco; la parte di mucosa endo-appendicolare distale, rimasta integra, ha seguitato a secernere muco dalle sue ghiandole dando origine al mucocele riscontrato da noi all'operazione, col meccanismo, più sopra accennato e per il quale la massima parte degli AA. sono d'accordo.

Il nostro caso dimostra ancora una volta che se in pratica l'esame attento dell'ammalato e lo studio esatto dei precedenti possono permettere molte volte una giusta diagnosi, in moltissimi casi essa resta un *quid ignotum*, come dice Léjars, davanti al quale il chirurgo non dovrà arrestarsi; poichè bene spesso se si aspetterà che divenga facile fare una esatta diagnosi, si sarà perduto un tempo prezioso, il solo tempo anzi nel quale si sarebbe potuto intervenire con qualche speranza di successo.

## RIASSUNTO.

L'A. espone un caso di strozzamento di una lunga ansa intestinale per annodamento dell'appendice vermiforme, affetta da mucocele dell'apice.

## BIBLIOGRAFIA.

1. SUSSI L. *Contributo allo studio del mucocele e del pseudomixoma del peritoneo di origine appendicolare.*
2. BIANCHERI T. *Cisti dell'appendice vermiforme.* Arch. Ital. di Chirurgia, vol. 26, fasc. 6, 1930.
3. DAMBRIN C. L. *Sur les Kystes de l'appendice.* Bull. Soc. de Chir. de Toulouse du 29 mai 1931.

4. ALBERTI V. *Contributo alla conoscenza del pseudomixoma del peritoneo d'origine appendicolare.* Il Policlinico, Sez. Chir., a. 38, n. 6.
5 MATAS R. *Un raro caso di cisti para-appendicolare multiloculare policistica sieromixomatosa degli spazi retrocecale e retrocolico.* Il Policlinico, Sez. Chir., Supplemento al volume 40°, a. 1933.
6. TARANTINO C. *Un caso di mucocele dell'appendice.* Il Policlinico, Sez. Chir., a. 41, n. 4.

---

R. OSPEDALE MAGGIORE DEGLI INFERMI
DI CHIERI (TORINO)
SEZIONE CHIRURGICA.

# Inflessione ad angolo acuto del colon trasverso per rovesciamento e fissazione dell'omento all'arco costale sinistro.

Dott. GIACINTO GIORDANO, primario e docente.

G. Anna, di anni 53, contadina, nativa di Riva presso Chieri. Il 18 marzo 1933 viene inviata all'Ospedale per occlusione intestinale.

Nulla di speciale nell'anamnesi remota. Sposata a 20 anni, ebbe 9 parti a termine. Da circa 3 anni soffre di colite. All'inizio della malattia ebbe un attacco febbrile accompagnato da forti dolori addominali diffusi e da frequenti scariche diarroiche commiste a muco e sangue. Tale sintomatologia andò mano a mano attenuandosi in una quindicina di giorni. Ne residuò una colite cronica che curò saltuariamente e senza risultato. A questa sopraggiunse da qualche tempo stitichezza ostinata, che cedeva solo ai clisteri evacuanti e qualche crisi di ostruzione cronica alternantesi con crisi diarroiche. Non ricorda di aver sofferto traumi degni di nota all'addome. Il 15 marzo 1933, mentre nel pomeriggio attendeva a vangare la terra, fu colta improvvisamente da dolori così intensi al fianco sinistro da cadere a terra. Trasportata a casa, ebbe vomito, addome tumido e dolente, alvo chiuso ai gas ed alle feci. Il medico, sospettando una colica renale eseguì un energico sanguisugio alla regione lombare sinistra e praticò iniezioni di morfina; il giorno seguente però non essendo cessati i vomiti, ed essendo l'alvo sempre chiuso, somministrò un purgante energico e parecchi clisteri senza ottenere beneficio alcuno.

*E. O.* Costituzione scheletrica regolare, masse muscolari ben sviluppate, pannicolo adiposo abbondante. Aspetto sofferente. Lingua secca. Addome tumefatto specie a destra, dolente spontaneamente ed alla palpazione solo all'ipocondrio sinistro con irradiazioni alla regione renale corrispondente, ove si notano 5 piccole cicatrici recenti da applicazioni di mignatte. Dato lo spessore e la tensione della parete non avvertiamo movimenti peristaltici dell'intestino, ma solo abbondanti borborigmi. Nessuna zona di ottusità alla percussione; area epatica diminuita; negativo l'esame rettale e vaginale combinato. Nessuna traccia di ernia alle sedi abituali. Cuore in limiti. Negativo il reperto polmonare. Polso 102 con qualche aritmia. Nelle urine si rinvengono traccie di albumina. Temperatura 37,1.

Persistendo i vomiti ci limitammo al clistere di bario somministrato mentre si esaminava la paziente allo schermo. Abbiamo potuto così rilevare come il clisma opaco giungesse speditamente fino al colon trasverso, arrestandosi nettamente press'a poco sulla linea mediana di esso. La parte iniettata del trasverso appariva notevolmente spostata in alto, mentre quella non iniettata appariva piena di gas. La palpazione nella sede ove si arrestava il bario provocava vivissimo dolore che si diffondeva verso l'arco costale sinistro.

Operazione, 18 marzo 1933, in narcosi morfioeterea. Incisione mediana sotto ombelicale. Aperto il peritoneo fuoriescono, assieme ad una scarsa quantità di liquido leggermente emorragico, numerose anse del tenue enormemente dilatate; pure il cieco ed il colon ascendente sono molto dilatati. Con un grosso tre quarti impiantato nel cieco diamo esito a gran quantità di gas fetentissimo ed a circa un paio di litri di feci liquide. Riparata prontamente, con una sutura a borsa di tabacco la ferita cecale, possiamo ora ispezionare accuratamente la cavità addominale.

Colpisce subito il fatto che il grande omento è arrovesciato completamente in alto e che per quante trazioni moderate si facciano non si riesce a portarlo in basso. Prolunghiamo perciò in alto l'incisione fin presso all'apofisi ensiforme ed allora appare che il margine libero dell'omento, nella sua metà sinistra e per una larghezza di circa 4 dita trasverse è fisso, sotto l'arco costale sinistro, in tutta vicinanza della milza che appare illesa. Presenta esso uno spessore ed una durezza insolita, non accenno a torsione, stira seco la parte centrale del colon trasverso talmente in alto da foggiarlo a mo' di due canne di fucile. Nessuna aderenza anche lieve esiste fra le due anse addossate del colon, la cui superficie appare levigata e di aspetto assolutamente normale. Sezionate fra pinze, non senza qualche difficoltà, le aderenze e provveduto all'emostasi difinitiva, possiamo facilmente nonostante lo spessore e la sua durezza riportare l'omento in basso facendo così riprendere al colon trasverso la sua normale posizione. Dopo aver verificato che la canalizzazione del grosso intestino non fosse ostacolata in altre parti, chiudiamo l'addome a strati.

Decorso apirettico. Il giorno seguente si ebbe emissione spontanea di gas e di feci e l'ammalata in ventesima giornata lasciava l'Ospedale completamente guarita.

Recentemente abbiamo appreso che la paziente sta bene ed è ritornata al lavoro dei campi.

Riepilogando, in una donna di 53 anni, affetta da qualche tempo da colite cronica seguìta da crisi recenti di ostruzione cronica e da crisi diarroiche, compaiono fenomeni di occlusione a carico del grosso intestino, ed all'atto operativo troviamo inflessione ad angolo acuto del colon trasverso tale da occludere completamente il suo lume per stiramento provocato dal grande omento, fissato, pel suo margine libero, sotto l'arco costale di sinistra. Il fatto è in sè banale eppure merita di essere segnalato, poichè nella letteratura all'uopo compulsata, non abbiamo riscontrato alcun contributo a questo riguardo. Prima di passare alla discussione, riteniamo opportuno dare un rapido sguardo a quelle lesioni dell'omento che possono interessare alla dilucidazione e patogenesi del nostro caso, e segnatamente a quelle conseguenti al trauma chiuso, o ad un

processo infiammatorio acuto o cronico, primitivo o secondario.

Nel trauma chiuso le lesioni sono rappresentate dagli spostamenti o dalle lacerazioni.

Gli spostamenti, quando l'omento è normale, non hanno in genere importanza clinica, ritornando esso ben presto alla naturale posizione non appena cessata la causa traumatica. Fanno eccezione quelli in massa consecutivi alla posizione del Trendelenburg, segnalati da Aimes, Forgue e Massabuau. Qui il meccanismo sarebbe rappresentato dal rapido passaggio del corpo in posizione inclinata che spingerebbe l'epiploon sotto il fegato passando sopra il colon trasverso stirandolo, comprimendolo o magari provocandone la torsione, od inversamente dal rapido passaggio del paziente in posizione orizzontale, per cui l'omento verrebbe spinto e quasi cacciato nel piccolo bacino, stirando a sua volta il colon e inflettendolo ad angolo. Tale evenienza che potrebbe essere causa d'occlusione, come osserva giustamente il Longo, dovrebbe essere rarissima e, da parte nostra e di quelli di numerosi altri chirurghi e ginecologi interpellati, mai constatata.

Ben altrimenti succede quando l'omento, invece di essere libero e normale, è aderente per pregressi fatti infiammatori, o alla parete addominale o ad un viscere: in questi casi, essendo esso disposto a mo' di cordone teso, in seguito ad un trauma, i visceri possono venire sospinti tra il surricordato cordone e la parete addominale od il viscere cui è unito, e quindi strozzarsi. Accenneremo ancora ad un altro spostamento dell'omento, su cui peraltro non ci soffermeremo; vogliamo alludere alla torsione o volvolo del grande omento, coesistente o no con ernia, reperto ormai non più eccezionale e che rappresenta però un accidente da dover essere tenuto sempre presente tra le sindromi addominali acute.

Le lacerazioni cui può andare soggetto l'omento, in casi sempre di traumi chiusi, sono rare; possono essere più o meno estese, e dar luogo a conseguenze varie e gravi rappresentate specialmente da emorragie.

I processi infiammatori sono quelli che danno luogo alle epiploiti acute o croniche. Le acute hanno un'eziologia varia: le più frequenti sono quelle per propagazioni acute del peritoneo, seguono quelle erniarie, le post-operatorie, di meccanismo ancora vario e discusso, e infine, sebbene rarissime, quelle da infezione generale. Le lesioni anatomiche che in esse si riscontrano vanno dalla forma congestizia, all'emorragica, alla plastica, alla suppurativa ed alla gangrenosa.

Quali complicanze sono stati abbastanza frequentemente riscontrati fenomeni di occlusione che possono essere di natura paralitica o di occlusione vera e propria sia per compressione diretta, sia, più frequentemente, per stiramenti, gomitature, flessioni intestinali provocate o dalla massa epiploica infiammata o da aderenze.

Questi disturbi di canalizzazione sono però più frequenti in certe forme di epiploiti croniche; le quali prescindendo da quelle specifiche hanno, pure esse, varia eziologia. Così possono frequentemente seguire ad una forma acuta, susseguire od accompagnarsi a molte affezioni addominali: lesioni dello stomaco, intestino, cistifellea, vescica, utero ed annessi, appendice e colon.

La via seguìta dall'infezione può essere quella sanguigna, la linfatica o per propagazione diretta.

In alcuni casi si formano aderenze, in altri no; abbiamo cioè le epiploiti croniche libere oppure quelle con aderenze. Queste, che in genere si estrinsecano con un aumento notevole del tessuto adiposo, o con lesioni di sclerosi e consecutiva retrazione dell'epiploon stesso, possono assumere gli aspetti più varî tanto nella loro posizione che estensione. Ridotte talora a briglie semplici e sottili possono tal'altra essere così estese da fissare per lunghi tratti l'omento.

Le aderenze si possono osservare attorno all'ombelico, al peritoneo anteriore o laterale, a quello del piccolo bacino; altre volte infine in seguito a periepatite e pericolecistite (Trippié e Pavot) si possono riscontrare alla parete antero-superiore dell'addome, e vengono allora a formare una massa sopra il colon trasverso, che sposta il colon stesso deformandolo, sia per stiramento che per compressione e rotazione.

Tralasciamo qui di ricordare, perchè ci porterebbe troppo in lungo, tutte quelle altre aderenze epiploiche coi varî organi dell'addome e perchè non ci interessano.

Passata così rapidamente in rassegna la patologia dell'omento, per quanto si poteva riferire al caso nostro, cerchiamo ora darne una spiegazione.

Cominciamo dal trauma, chiuso s'intende, perchè la nostra paziente non ha mai riportato ferite. Un primo quesito si affaccia subito: è possibile l'insorgenza di un'epiploite aderente in seguito ad un trauma chiuso all'addome, o, per essere più precisi, all'arco costale sinistro? Le nostre ricerche bibliografiche sono mute al riguardo, il che però non esclude che

ciò possa verificarsi. Questa ipotesi esclusa dobbiamo pensare o all'insorgenza di una epiploite legata a una peritonite circoscritta della sierosa peritoneale sotto l'arco costale sinistro oppure ad una epiploite secondaria ad una colite. Poco probabile ci appare la prima ipotesi non avendo mai accusato la paziente alcun sintomo in tal senso, ed allora, secondo noi, acquista valore la seconda ipotesi tanto più che la paziente era da circa 3 anni affetta da colite cronica a cui, circa 3 mesi prima dell'atto operativo, seguirono stitichezza ostinata e crisi di ostruzione cronica alternantesi con crisi diarroiche.

Che ciò sia probabile è ormai dimostrato dalla constatazione (Haller-Andres) che nelle appendiciti e coliti croniche i germi possono migrare alla grande sierosa peritoneale attraverso alle pareti dell'intestino ammalato, anche quando esso sia immune da perforazione. L'omento, per la sua funzione protettiva e mobilità si sposta per cercare di difendere il peritoneo dall'infezione generalizzata. Non sempre vi riesce, ma quando raggiunge il suo intento, può essere invaso da questi micro-organismi, causa a loro volta delle lesioni di epiploite. Stabilita così l'epiploite, l'omento avrebbe aderito secondariamente all'ipocondrio sinistro e retraendosi avrebbe trascinato poco a poco il colon trasverso fino ad infletterlo ad angolo acuto determinando dapprima le crisi di ostruzione cronica e diarroica e poi l'occlusione vera e propria: resta non di meno a chiarirsi come perchè e quando cotesta aderenza sia potuta avvenire. Quivi le argomentazioni non bastano: la risposta non è facile, in assenza di dati precisi, e solo altri casi potranno darla.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di occlusione del colon trasverso, stirato dal grande omento fissato, pel margine libero, sotto l'arco costale sinistro.

BIBLIOGRAFIA.

AIMES. Le Prògres Médical, 1920.
ANDRES. Clinica Chirurgica, 1912.
DELORE. Lyon Médical, 1911.
FORGUE e MASSABUAU. Nel trattato di Chirurgia di LE DENTU e DELBET.
HALLER citato da LONGO.
HARDOUIN. Soc. Chir. di Parigi, sed. 25 mar. 1914.
LONGO. Patologia Chirurgica dell'omento. Tipografia E. Schioppo, Torino, 1923.
POIRIES e CHARPY. Trattato di Anatomia umana.
SALINARI. Giornale di Medicina Militare, 1916.
SILAS LINDGVIST citato da LONGO.
TADDEI. Riforma medica, 1921.
TRIPIÉ e PAVIOT citati da LONGO.
UFFREDUZZI. Trattato di Patologia Chirurgica Generale e Speciale, vol. II.

# SUNTI E RASSEGNE

## FEGATO E VIE BILIARI.

### La funzione del fegato nel ricambio idrico.

(D. ADLESBERG. *Klin. Wschr.*, 17 marzo 1934).

Il ruolo del fegato nel ricambio idrico ha formato oggetto negli ultimi anni di numerose ricerche cliniche e sperimentali. Non è forse superfluo riportare in visione riassuntiva i risultati più notevoli ottenuti in tale campo, data la sua importanza sia dal lato dottrinario per la fisiologia dell'organo e per il complesso problema del ricambio idrico, sia dal lato pratico per i numerosi addentellati clinici che ne derivano.

La funzione del fegato nel ricambio idrico consta di due componenti: meccanico l'uno e ormonale l'altro.

La funzione meccanica — messa specialmente in evidenza dalle ricerche di Mautner e Pick — consiste in quella che è stata chiamata « la chiusura epatica » (Lebersperre) ed è basata sulla contrattilità delle vene sopraepatiche. La costrizione di queste provoca una stasi nei capillari dell'organo e la trasudazione di liquido nei linfatici; il liquido giunge così al circolo generale attraverso il dotto toracico subendo un ritardo nel suo deversamento. Gli stimoli alla contrazione delle vene sono l'eccitazione vasale, lo shock anafilattico, istaminico, da peptone ecc. In caso di eccessivo apporto di acqua dalle vene mesenteriche può esserne così — grazie a questa specie di valvola — moderato l'afflusso nel circolo generale.

Ma accanto a questo meccanismo meccanico, Adlersberg ricorda il meccanismo ormonale, e su questo specialmente si intrattiene. Numerosi fatti di ordine clinico e sperimentale stanno a riprova di esso. Il liquido iniettato in una vena periferica viene eliminato con più ritardo che quello iniettato in una vena mesenterica: quasi che passando attraverso il fegato esso acquisti qualche qualità o determini un meccanismo che ne faciliti la eliminazione. È stato possibile isolare da estratti epatici una frazione ad attività antidiuretica ed una provvista di azione diuretica: si tornerà più oltre sull'impiego in clinica di tali mezzi.

Sono noti i rapporti tra sistema nervoso e ricambio idrico, tanto che si parla di un « centro dell'acqua ». Vale ora la pena di ricordare che in alcune sindromi mesencefaliche con turbe del ricambio idrico si possono mettere in evidenza anche alterazioni della funzione epatica. È certo difficile distinguere fra i due fatti quale sia il primitivo, ma è interessante per ora prendere atto del reperto.

È cosa ormai sicura che accanto alle varie prove di funzionalità del fegato può essere posta anche quella del carico idrico: turbe della eliminazione idrica in assenza di altri fattori

parlano per una compromissione del parenchima epatico. In casi di ittero, di cirrosi, di carcinomi del fegato, l'eliminazione idrica è nettamente alterata. E come ogni saggio funzionale del fegato pare abbia la capacità di mettere in evidenza lo stato di una delle funzioni parziali di questo organo, così anche la prova di carico idrico sembra possa svelare un lato di più del tanto complesso meccanismo epatico.

Ricerche sperimentali recano conferma a tali reperti clinici: in animali nei quali si siano prodotte alterazioni epatiche (avvelenamento da fosforo, intossicazione cronica da istamina) si dimostra una maggiore avidità dei tessuti per l'acqua e un maggior contenuto idrico di essi, parallelamente ad una alterazione delle prove di carico idrico.

Tali reperti sperimentali e clinici potrebbero essere interpretati come dovuti in parte ad alterazioni meccaniche del circolo epatico e in parte ad alterazioni della funzione ormonica.

In casi di affezioni epatiche con diminuita eliminazione idrica, si è riusciti a rendere questa normale applicando stimoli vari nel fegato: diatermia, cerotti al capsico ecc. È interessante notare che l'azione di questi stimoli pare si verifichi attraverso un eccitamento nervoso partente dalle zone di Head del viscere. Va a tal proposito ricordato che si è ottenuto un miglioramento negli itteri catarrali con la diatermia epatica, con tecnica e concetto analogo a quello in uso nelle oligurie renali.

Un dato di fatto di un certo interesse è quanto si riferisce ai rapporti tra ricambio idrico e metabolismo dei carboidrati. I malati di fegato, ad esempio, mostrano per un carico contemporaneo di acqua e di zucchero una fase ipoglicemica postiperglicemica assai più spiccata che non dopo solo carico di zucchero. Dopo carico idrico si ha nei normali solo una lieve ipoglicemia: negli epatici questa è assai più intensa.

Assai importanti, anche per le applicazioni cliniche sono i rapporti tra ricambio idrico e ricambio dei sali biliari. I preparati di acidi biliari esercitano infatti un'ottima azione diuretica che si esplica nelle cardiopatie con fegato da stasi e nelle cirrosi, mentre è assai meno evidente nelle ritenzioni idriche di origine renale.

Vanno messi alfine in evidenza i risultati ottenuti con la terapia epatica. Già molti anni fa era stata osservata una buona influenza nella diuresi in casi di cirrosi per mezzo della dieta di fegato: ma soltanto dopo che la terapia epatica fu messa in grande onore dai meravigliosi effetti ottenuti nell'anemia perniciosa, essa fu anche sistematicamente studiata nella sua azione diuretica. Si osservò dapprima il suo buon effetto nella ritenzione idrica degli anemici — buon effetto che però potrebbe anche essere dovuto al miglioramento del quadro ematico. Si trasportò poi tale terapia anche a casi di nefrosi, di cirrosi, di trombosi portale. La terapia va effettuata sia con fegato fresco, sia, più comodamente, con gli estratti che si usano nell'anemia perniciosa. A tal proposito Adlersberg riporta brevemente due casi di epatite cronica (un *hepar lobatum* e una cirrosi) nei quali la somministrazione di estratti epatici per os e per cutem portò ad una buona diuresi con scomparsa degli edemi e dell'ascite. Il risultato fu tanto più notevole in quanto si mantenne a lungo. È interessante osservare che in un caso si fece uso di Ventraemon, che è un estratto di stomaco impiegato nella cura dell'anemia perniciosa, ottenendo anche così un buon effetto.

Anche negli scompensi cardiaci con ritenzione idrica l'uso di estratti di fegato può dare ottimi risultati.

PUDDU.

## Emangio-endotelio-sarcoma primitivo del fegato in un bambino di cinque mesi.

(I. M. JORGE e D. BRACCHETTO-BRIAN. *Sociedad de Cirugia de Buenos-Ayres*, 20 nov. 1933).

Gli AA. presentano un caso di emangio-endotelio-sarcoma primitivo di fegato in un bambino di cinque mesi che clinicamente e radiologicamente presentava i segni di un enorme fegato che riempiva quasi tutto l'addome sì da triplicarne il volume e da lasciare libera, solamente la fossa iliaca sinistra.

L'esame del sangue faceva rilevare: Globuli rossi: 4.000.000. Emoglobina 60 %. Valore glob. 0.25. Anisocitosi e microcitosi. Globuli bianchi 34.000. Neutrof. 26,5 %. Eosin 1 %. Linfoc. 62 %. Monociti 2 %. R. Wassermann negativa. Ghedini negativa. Mantoux neg.

Viene praticata una laparatomia esplorativa che fa rilevare un fegato enormemente aumentato di volume, a superficie lobulata con presenza di una gran quantità di noduli di colorito grigio-verdastro che incrostano il parenchima ghiandolare, e che sono di consistenza minore del tessuto epatico. Viene prelevata una piccola qt. di parenchima e di noduli per una biopsia che mette in rilievo quanto segue:

Capsula di Glisson ispessita; al di sotto abbondante tessuto fibroso, tra le cui maglie appaiono trabecole di Remak in via di atrofia; il resto è occupato da una proliferazione neoplastica disposta in lobuli rotondeggianti separati da bande di tessuto fibroso. Alcuni noduli sono a tipo di tessuto areolare, altri a tipo compatto. I primi sono costituiti da tessuto che forma delle cavità più o meno grandi che contengono globuli rossi e bianchi; le pareti di queste cavità sono costituite da cellule a scarso protoplasma con nucleo ovoide, ricco di cromatina disposte in una sola fila una accanto all'altra e che in alcuni punti riposano su una leggiera trama connettivale, in altri si continuano con ammassi cellulari aventi gli stessi caratteri e che separano le cavità vascolari.

I noduli compatti presentano delle cavità vascolari rappresentate da piccole fessure con una proliferazione cellulare molto più accentuata. Le travate connettivali che separano i lobuli formano loro una capsula incompleta invasa dal tessuto tumorale.

Il processo morfologico di questa neoplasia deve essere interpretato nel senso che in una proliferazione cellulare di struttura sinciziale alcune cellule a capacità vasoformativa si dispongono in modo da costituire cavità con tutti gli attributi dei vasi sanguigni: questa proliferazione è infiltrativa e per questi caratteri gli AA. chiamano la neoplasia col nome di emangioendotelio sarcoma. Questa forma è rarissima (4 in tutta la letteratura) di indubbia origine congenita e nel caso attuale gli AA. non si pronunciano se si tratti di un emangioma benigno che abbia degenerato in sarcoma.

M. PLASTINA.

## Le funzioni dell'epitelio della cistifellea.

(H. HARDING. *Guy's Hospital Reports*, aprile 1934).

Le funzioni dell'epitelio della cistifellea possono essere considerate sotto i due aspetti dell'assorbimento e della secrezione.

*Assorbimento.* Che la bile venga concentrata nella cistifellea è osservazione antica ed ormai universalmente accettata. Tale concentrazione si verifica in maggior parte per l'assorbimento di acqua, accompagnato dall'assorbimento di sali, specialmente cloruro di sodio. Durante la concentrazione la bile perde un po' della sua alcalinità. Il pigmento biliare è assorbito in piccole quantità dalla mucosa della cistifellea: anche altre sostanze vengono normalmente assorbite. Alcuni AA. sostengono che la cistifellea assorbe tutta la bile che giunge ad essa, perchè non ha la capacità di vuotarsi: ma se ciò è possibile in alcune determinate condizioni (legatura del cistico), non è detto che debba verificarsi normalmente: tutti i dati odierni radiologici sono contrari a questa ipotesi.

Anche il calcio può venire riassorbito dalla mucosa cistica e tale assorbimento, sebbene in piccole quantità, è progressivo dopo ostruzione del dotto cistico: ciò oltre che sperimentalmente, è provato anche dal fatto che il calcio viene concentrato dalla cistifellea in un grado minore che non gli altri costituenti della bile.

Se i sali biliari vengono assorbiti dalla mucosa cistica normale, essi lo sono soltanto in piccola quantità.

Questo processo di assorbimento è probabilmente attivo da parte della mucosa e non una semplice diffusione, in quanto che la comune dialisi attraverso un sacchetto di celloidina rimuove i sali biliari dalla loro stretta unione, facendo precipitare la colesterina. Una lesione delle pareti della cistifellea provoca un rapido assorbimento di sali biliari senza alcun evidente assorbimento di colesterina. Vari AA. credono che questo assorbimento differenziale di sali biliari sia largamente responsabile della formazione dei calcoli di colesterina nelle cistifellee malate.

D'altra parte quasi tutti gli AA. sono d'accordo nell'ammettere che la cistifellea normale non assorbe colesterina se non in quantità insignificanti. Illingworth sostiene che la colesterina viene riassorbita sotto forma irriconoscibile, invisibile, e che essa diviene visibile nella mucosa solo quando la sua forma è cambiata in seguito a malattia.

L'assorbimento di sostanze estranee da parte della mucosa cistica è stato dimostrato da vari AA., ma gli esperimenti hanno un difetto comune, in quanto il materiale usato non era inerte ma tossico.

In quanto ai grassi, Virchow per primo descrisse il graduale riempimento delle cellule della mucosa con finissimi globuli di grasso: egli credeva che la cistifellea funzionasse estraendo grassi dalla bile e rimettendoli in circolazione. La questione è ancora discussa.

Riassumendo, una gran quantità di liquido viene riassorbito dalla mucosa cistica: con esso si ha anche assorbimento di sali e principalmente cloruro di sodio e sali di calcio. Si ha anche, in piccole quantità assorbimento di colesterina e di sali biliari in proporzioni relativamente fisse. È possibile l'assorbimento anche di altri grassi, ma ciò non avviene regolarmente. Il pigmento biliare è probabilmente assorbito ma solo in piccole quantità.

*Secrezione.* È certo che le cellule della mucosa secernono muco, per quanto ciò sia negato da alcuni istologi. Aschoff è stato il primo a dimostrare istologicamente il potere secretorio delle cellule epiteliali. Dopo di lui una serie di AA. hanno confermato tale possibilità. L'A. ha fatto delle esperienze sugli animali ed ha potuto infatti dimostrare come la mucosa normale della cistifellea normalmente secerne muco, accompagnato probabilmente da alcali. Nessun'altra sostanza viene escreta dalla mucosa stessa.

*Concludendo*, la mucosa della cistifellea ha funzione doppia di assorbimento e di secrezione. Dato che un solo tipo di cellula epiteliale è presente, ne consegue che la stessa cellula può far passare, e lo fa normalmente, delle sostanze in direzione opposta: fatto questo su cui non è stata posta sufficiente attenzione. Le cellule epiteliali della cistifellea dunque assorbono dal lume dell'organo e secernono in esso. È dubbio che un tale stato fisiologico di assorbimento e di secrezione da parte dello stesso semplice epitelio, possa essere dimostrato in altri organi, se non forse nell'intestino.

G. LA CAVA.

## Ulcera gastrica, ulcera duodenale e malattie delle vie biliari.

(B. KRIVOGLAS. *Vracebnoje dielo*, n. 11, 1933).

La frequente coincidenza delle ulceri gastriche o duodenali e delle colecistiti è un fatto da molti ormai ammesso e accertato; spetta un gran merito alla Scuola Italiana di aver connesso le varie sindromi in una entità clinica e etiologica (illustrando anche la frequente concomitanza di una certa lesione — dell'appendicite). Però le discussioni riguardo la patogenesi di tali sindromi combinate non si sono ancora placate. L'A. porta oltre ad un discreto contributo casistico anche un riassunto delle varie ipotesi formulate in proposito. Le osservazioni dell'A. concernono in prima linea la presenza contemporanea delle lesioni gastroduodenali e quelle delle vie biliari; egli mette in vista la importanza della situazione precisa dell'ulcera nel suo rapporto alla colecistite o colangite e nota come queste ultime siano più frequenti nelle ulcere duodenali (40 % dei casi) che non in quelle dell'antro pilorico (33 %); a sua volta sono relativamente più rare nelle lesioni del corpo dello stomaco (28 %).

Soffermandosi sull'etiopatogenesi delle due lesioni l'A. si dimostra eminentemente eclettico. Considerando la possibilità di origine batterica delle colecistopatie l'A. ammette che essa può essere favorita dall'alterata funzione dello stomaco o duodeno che contribuisce alla modificazione della flora batterica del tubo digerente; l'infezione si propaga alle vie biliari sia per via ascendente che per quella linfatica o per la vena porta. Ma d'altra parte l'infezione dei dotti trova la causa predisponente nella stasi biliare che a sua volta rappresenta la conseguenza dei processi duodeno-periduodenali; anche la propagazione diretta dell'infiammazione della mucosa duodenale a quella del coledoco sarebbe possibile. Non è da escludersi d'altronde che il processo primitivamente colecistico, generando fatti peritonitici locali, altera il « giuoco » normale del duodeno e del piloro e può in caso di minorata resistenza contribuire alla formazione di processi ulcerativi, anche per l'ostacolato reflusso dei succhi duodenali nello stomaco.

Fattori generali a loro volta possono favorire la genesi simultanea delle due lesioni; nei soggetti « stigmatizzati » dal punto di vista vegetativo (ipervagotonia sec. Bergmann o ipersimpaticotonia sec. Ruhman) sia le lesioni gastro-duodenali che le colecistopatie sono favorite dalle stesse alterazioni trofiche, secretorie o vasomotorie. Queste ultime possono pure essere attribuite alla intossicazione da prodotti di scissione incompleta delle proteine-peptoni, colina, istamina, che talora agiscono col meccanismo anafilattico.

L'A. cita anche la possibilità della patogenesi riflessa ammessa da v. Bergmann; la discinesia (sotto forma di spasmo) delle vie biliari provoca mediante riflessi viscero-viscerali, dei processi analoghi nella muscolatura piloro-duodenale (osservazioni di Westphal) e viceversa, con la possibile conseguenza di lesione di ambedue gli organi sia per la stasi, che per le alterazioni circolatorie e motorie.

Nella sua casistica l'A. trova esempi che volta per volta potrebbero essere invocati quali conferme delle singole possibilità patogenetiche. Comunque egli fa notare come nella maggioranza dei casi lo studio anamnestico difficilmente permetteva di stabilire dove era avvenuta la lesione primaria; si direbbe quasi che ambedue le lesioni si presentavano nello stesso tempo, il che deporrebbe piuttosto contro l'importanza del fattore anatomico.

Comunque, il problema, non può ancora dirsi risolto: ma, come nella maggioranza dei problemi del genere, sin d'ora si lascia prevedere che le teorie esclusiviste dovranno probabilmente cedere posto alle ipotesi che ammettono la molteplicità dei fattori etiologici delle lesioni gastro-duodenali associate alle colecistopatie. S. MINZ.

## Le fistole interne biliari.

(BERNHARD. *Dtsch. Chir.*, 242, 493, 1934).

Mentre nella letteratura antica si trovano frequentemente casi di fistole biliari interne spontanee con il cavo pericardico, con la vescica col cavo pleurico ecc., oggi, con i progressi della chirurgia delle vie epatiche, si può dire che praticamente le fistole biliari si limitano in ordine decrescente di frequenza al duodeno, colon, stomaco.

L'A. esamina le f. b. presentatasi nella Clinica chirurgica di Marburg, su 6280 interventi sulle vie biliari nel corso di 30 anni, così ripartiti: 4812 colecistectomie, 958 coledocotomie, 384 colecistomie, 120 anastomosi col tubo gastroenterico, 26 operazioni riparative.

In 109 casi si riscontrarono fistole spontanee cioè nel 1,73 %. Se si contano i casi di interventi per affezioni neoplastiche, tale percentuale sale al 2 %.

Pel sesso si hanno press'a poco le stesse differenze che per la calcolosi epatica; si ha cioè una predominanza di 90 casi in uomini su 9 casi nel sesso femminile.

Lo studio comparativo delle storie cliniche mostra come sia errata l'opinione che, rappresentando la fistolizzazione una specie di autoguarigione della calcolosi, il quadro clinico sia corrispondentemente attenuato. Le storie mostrano difatti come i casi in cui si erano formate fistole, le coliche fossero assai più gravi che nei casi non complicati, e come si avesse una maggiore tendenza alle infezioni ascendenti. In vari casi la fistola si può chiudere spontaneamente.

La revisione dei reperti operatori fornisce numerosi punti degni di interesse. Si suol dire

che le cause delle fistole biliari siano due: o l'apertura della cistifellea ammalata in un organo vicino o viceversa.

Praticamente si verifica solo il primo caso. In un solo caso si trattava di apertura di una ulcera duodenale nella cistifellea.

Praticamente la causa della fistola è la calcolosi, anche se non sempre la cistifellea presenta calcoli. Talora calcoli si trovano allo sbocco della fistola, o non si trovano affatto, pure essendo la loro presenza sicura per la storia clinica (defecazione di calcoli, reperto radiografico ecc.).

In 40 casi la cistifellea conteneva calcoli, in 32 casi vi erano calcoli solo nel coledoco e in 15 in ambedue.

La comunicazione presente può dar luogo ai reperti più svariati; in un caso, p. es., si trovò la cistifellea piena di feci. In un altro caso la fistola si era stabilita fra la cistifellea e un cavo ascessuale pericolicistitico che a sua volta si apriva nel duodeno. Dalle vie biliari praticamente comunica con l'intestino quasi solo il fondo della cistifellea. Tuttavia in un caso la fistola era duodeno-coledocica e in 11 casi del collo della cistifellea. In 78 casi la cistifellea si presentava raggrinzita. La partecipazione alla fistolizzazione del duodeno, colon, stomaco sta nel rapporto di frequenza di 6: 3: 1.

Lo spessore della fistola varia anche molto.

Per il trattamento l'A. fornisce i seguenti dati statistici: in 109 casi vennero praticate 41 colecistectomie, 60 coledocotomie, 6 colecistostomie, 2 anastomosi con il duodeno. Risultati operatori: mortalità: 83 %, contro il 4,50 % delle altre operazioni sulle vie biliari. Ciò mostra come la presenza di una fistola biliare aggravi la prognosi. Il 75 % degli operati viene dichiarata come guarita.

In otto casi il p. fu dovuto rioperare per ostruzione del coledoco. L'A. si pone pertanto il problema se non sia utile di praticare sempre una coledocoduodenostomia preventiva. Ciò è eccessivo. È tuttavia raccomandabile esplorare sempre accuratamente le vie biliari, e eseguire una coledocoduodenostomia ogni qualvolta si sospetti la possibilità di una ostruzione (cattiva permeabilità del coledoco ecc.).

ALDO CALÒ.

## ORGANI DI MOVIMENTO.

### L'inchiodamento trans-articolare nelle osteosintesi.

(A. LAMBOTTE. *Revista Brasileira de Cirurgia*, ottobre 1933).

L'A. ricorda all'inizio il principio che deve eseguire il chirurgo in tutte le fratture: la riduzione perfetta che eviti tutte le lesioni anatomiche definitive e le perturbazioni funzionali. Inoltre, per tutte le fratture intra-articolari, preconizza l'osteosintesi per via trans-articolare, che è utile anche nelle fratture epifisarie ed in quelle juxta-articolari.

L'inchiodamento trans-articolare ha bisogno di incisioni speciali e di osteotomia di approccio e pertanto la sua tecnica deve essere studiata nelle varie regioni.

Fratture del collo del femore: sono assolutamente da bandire le stecche di osso vivo o morto come mezzi illogici e nefasti.

La migliore incisione per l'inchiodamento della testa del femore è quella a tabacchiera di Ollier e la testa viene inchiodata al collo mediante un chiodo lungo 10 cm. che deve seguire l'asse del collo fino allo strato corticale sottotrocanterico. Quando la lesione è antica è necessario ravvivare le superfici ossee; una testa femorale troppo atrofizzata limita le indicazioni di questa operazione.

Frattura del collo anatomico dell'omero: queste fratture sono rare; l'A. ne ha operato due casi con l'inchiodamento, nel 1° caso ha avuto degli ottimi risultati nel 2° è residuata un'anchilosi della spalla.

Nelle fratture intra-articolari del ginocchio si possono avere tre ordini di lesioni: fratture parziali dei condili del femore, frattura delle spine della tibia, fratture parziali del « plateau tibiale ». In queste fratture è necessario fare un'artrotomia larga e precoce, preferibile l'incisione vertico-mediana di Ollier e poi eseguire l'inchiodamento avendo cura di infossare la testa dei chiodi nella cartilagine.

Le fratture intra-articolari del gomito sono più difficili a curarsi di quelle similari del ginocchio; la via di accesso varia secondo il tipo di frattura: per il condilo esterno l'incisione a baionetta di Ollier; nelle fratture complesse si userà l'incisione trans-olecranica e la fissazione si farà per mezzo di una vite trasversale.

Frattura dell'astragalo: non bisogna mai sacrificare quest'osso. L'incisione deve essere verticale sul perone al davanti dei peronieri e prolungata sul dorso del piede al di fuori dei tendini estensori.

Per avere una via più larga si può praticare un'osteotomia del perone.

L'A. predilige la cura con l'inchiodamento anche nelle fratture del polso e delle falangi di cui descrive la tecnica.

PLASTINA.

### Sul trattamento cruento delle fratture.

(G. SERRA. *Archivio di ortopedia*, dicem. 1933).

L'A. ha avuto modo di trattare 234 casi di fratture ed esiti di fratture appartenenti al braccio, all'avambraccio, alla coscia e alla gamba, ed è ricorso in 32 di essi alla cura cruenta. Questa gli ha permesso di ottenere sempre il perfetto affronto dei monconi e, ad eccezione di due casi, la guarigione anatomica e funzionale dell'arto leso.

L'indicazione alla cura cruenta intesa sia come sola riduzione cruenta dei monconi, sia

come osteosintesi con placche, viti, nastri; derivò nei casi citati, o dalla impossibilità di ridurre o contenere i monconi in buona posizione, o da pseudo artrosi o da saldature deformi per mancato affronto dei capi ossei, o da fratture esposte. Raramente sono stati osservati fenomeni d'intolleranza per le protesi metalliche, ed eccezionalmente rarefazioni ossee e calli esuberanti e dolorosi. Per aggredire le fratture diafisarie del femore, viene raccomandata la via anteriore tra vasto interno, e retto anteriore, anzichè la via laterale esterna.

In base all'esperienza dell'A. la cura cruenta delle fratture non deve essere bandita completamente. È da considerarsi un mezzo di eccezione che integra la cura incruenta, e che può dare ancora, in mani esperte dei reali vantaggi.

Una serie di documenti radiografici dimostrativi è annessa alla pubblicazione.

Alieri.

## Su 32 casi di accorciamento dell'arto inferiore sano a scopo ortopedico.

(U. Camera. *La Chir. degli Org. Movim.*, fasc. 6, 1933).

L'A. comincia col far risaltare gli inconvenienti somatici e funzionali che conseguono alla differenza di lunghezza dei due arti inferiori. Per livellare i due arti si è ricorso in genere all'applicazione sul membro corto di apparecchi ortopedici, mal tollerati da un arto il più delle volte debole ed atrofico. A parte gli apparecchi di protesi, la via più seducente ed ortopedica, sarebbe quella di allungare l'arto ammalato.

E questa via è stata battuta per primo dal Codivilla colla trazione scheletrica diretta, previa sezione ossea; e poi dal Putti che ne modificò la tecnica, dal Kirschner, Spitzy ecc. Ma con questo metodo, i successi si ebbero solo quando l'accorciamento era secondario a fratture guarite con accavallamento e quindi mancava resistenza delle parti molli, il vero nemico dell'allungamento. Nei casi invece in cui l'accorciamento è stato lentissimo e graduale (luss. cong. anca; esiti coxite; postumi paralisi infantile) le parti molli adattatisi lentamente alla nuova lunghezza scheletrica, non cedono alla forza distraente, e nel caso soltanto di poco.

L'altra via consisterebbe nell'accorciamento dell'arto sano, proposto dal Rizzoli, 1845, e qui l'A. fa risaltare la semplicità e l'innocuità dell'operazione, e riporta i pareri favorevoli dei chirurgi che pure sono ricorsi al metodo (Alessandri, Dalla Vedova, Giordano, Maragliano, Solieri, Meyer ecc.).

Riporta quindi la sua statistica basata su 32 di tali interventi eseguiti per le seguenti indicazioni: 17 per luss. cong. anca; 8 per postumi paralisi infantile; 7 per postumi di coxite. In questa statistica risultano accorciamenti che vanno da 6 cm. a 14 cm.

Quindi descrive con minuzia la tecnica, dalla cui esattezza fa dipendere pure i suoi buoni risultati.

R. Grasso.

## Necrosi ischemica del frammento prossimale nella frattura intracapsulare del collo del femore.

(J. Arce e A. S. Introzzi. *Boletin del Instituto de Clinica Quirurgica*, n. 76).

Tre arterie contribuiscono specialmente alla irrigazione dell'estremità superiore del femore. L'arteria del legamento rotondo che nei primi anni di vita costituisce il vettore principale del sangue destinato all'epifisi, poi nell'età adulta hanno il predominio l'arteria circonflessa anteriore esterna e specialmente la circonflessa posteriore interna. Ora questi vasi avendo un decorso subcapsuloperiostico possono facilmente essere lesionati nelle fratture intracapsulari del collo del femore, onde ne è compromessa la vitalità del frammento prossimale della frattura, producendosi una necrosi ischemica. Ciò è accaduto ad un paziente il quale cadendo si era prodotto una frattura transcervicale del femore e consecutiva pseudoartrosi. Sette mesi dopo fu operato e gli fu praticato un innesto osseo per incastro con la diafisi del perone. Dopo 4 mesi il paziente già camminava con i propri mezzi, però lentamente si cominciò a manifestare una artropatia deformante dell'anca e un anno e mezzo dopo, peggiorando le condizioni a causa di una necrosi del frammento prossimale della frattura, gli si praticò una operazione di Whitman. Questa interessante osservazione ha indotto gli autori a fare le seguenti conclusioni:

1) La necrosi totale o parziale della epifisi femorale è una complicazione grave della frattura transcervicale e sottocapitate, che deve essere trattata con molta attenzione per non esporre il paziente ad una artropatia deformante e come conseguenza ad una invalidità.

2) In tutte le fratture transcervicali e sottocapitate del femore una volta ridotta ed immobilizzata, è conveniente praticare esami radiologici ogni 15 giorni onde vigilare la comparsa di fenomeni di necrosi del frammento prossimale.

3 L'esame radiologico può darci segni di presunzione e di certezza dell'esistenza di detti fenomeni di necrosi.

4) È necessario praticare un innesto osseo aperiostico per incastro nel collo femorale e istituire un lungo riposo postoperatorio, la cui durata deve protrarsi fino alla restitutio della struttura epifisaria.

5) Nei casi di diagnosi tardiva in cui già si è installata una artropatia grave è consigliabile le operazioni di plastica del tipo di quella consigliata da Withman, che si deve compiere solo quando l'esame radiologico ci mette in evi-

denza le profonde alterazioni calciche locali che caratterizzano questo processo, altrimenti ci esponiamo ad un sicuro fracasso.

6) La mielosi che si osserva in tutti questi casi non deve essere attribuita ad un processo irritativo svegliato dall'innesto, ma bisogna interpretarla come una manifestazione della profonda alterazione del metabolismo e della nutrizione locale.

N. DI PAOLA.

## Casi di osteoporosi post-traumatica guariti con la simpaticectomia periarteriosa.

(M. M. ROUGEMONT, COTTE, ARCELIA. *Lyon Chirurgical*, n. 4, 1933).

Gli AA. comunicano due casi del genere, molto simili, rapidamente guariti con la simpaticectomia periarteriosa.

In un caso si trattava di un paziente di 42 a. che a seguito di una distorsione del piede accusava in questo dolore e peso anche a riposo. La radiografia era negativa per lesioni scheletriche, mentre all'esame clinico risultava cianosi, ipotermia, iperidrosi, contrattura e diminuzione della oscillometria nel piede in causa.

Fu immobilizzato per due mesi e quindi sottoposto a fisioterapia ma non si ebbe miglioramento alcuno, anzi 6 mesi dopo l'incidente una radiografia metteva in evidenza una manifesta decalcificazione delle prime ossa del tarso. Praticata la simpaticectomia perifemorale al triangolo di Scarpa scomparvero subito i segni clinici di squilibrio vaso-motorio; 3 settimane dopo la deambulazione era indolora; 4 mesi dopo la decalcificazione ossea era scomparsa.

Nel secondo caso si trattava di una donna di 58 anni che a seguito di una distorsione del polso presentava notevole decalcificazione delle ossa della mano ed edema molle, considerevole di questa.

Trattata infruttuosamente con la fisioterapia fu praticata simpaticectomia periomerale; la sera stessa si ebbe diminuzione notevole dell'edema che scomparve del tutto i giorni seguenti; 3 mesi dopo pure la decalcificazione delle ossa della mano era scomparsa.

Questi casi insieme a tanti altri consimili già esistenti nella letteratura fanno della simpaticectomia periarteriosa una indicazione netta per queste turbe vaso-motorie post-traumatiche degli arti.

R. GRASSO.

# CIRCOLAZIONE.

## Eziologia e sintomi dell'astenia neurocircolatoria.

(H. R. CRAIG e P. D. WHITE. *Archives internal med.*, maggio 1934).

Il termine americano di astenia neurocircolatoria equivale a quello inglese di sindrome da sforzo ed è stato adottato per quegli individui con sintomi cardiovascolari non dipendenti da processi patologici del cuore o dei vasi, ma spesso associati a disturbi nervosi funzionali. Tali sintomi consistono essenzialmente in palpitazione, respiro corto, dolore o malessere precordiale ed esaurimento. Spesso, si hanno altri sintomi associati: debolezza, facilità a sincopi, cefalea, capogiri, insonnia, aumento di sudorazione, difficoltà ad inghiottire, tremore, arrossamenti e pallore. Mal definito è il limite fra il normale ed il patologico, ma si può dire che vi è astenia neurocircolatoria quando tali sintomi si manifestano durante l'attività fisica e gli eccitamenti della vita giornaliera, che nella maggior parte degli individui non danno alcun disturbo.

L'astenia neurocircolatoria è importante per la sua frequenza, per le notevoli sofferenze che provoca fino ad una vera invalidità e specialmente per la necessità che venga prontamente riconosciuta e trattata.

Essa va anzitutto distinta dalla semplice irritabilità cardiaca, che si manifesta con battiti prematuri e tachicardia parossistica. Così pure va differenziata dalla vera psiconeurosi, in cui predominano l'ansietà, l'ipocondria o l'isterismo. Ad ogni modo, va rilevato che molti pazienti con astenia neurocircolatoria sono nettamente neurotici o psiconeurotici.

Il termine di astenia neurocircolatoria è poi preferibile a quello di sindrome da sforzo, in quanto che questa può prodursi anche nei sani, pur avendosi in questi una perfetta uguaglianza dei sintomi. P. es., il dolore precordiale è più comune nella prima, mentre negli ultimi si ha quasi costantemente la dispnea. Anche l'indicazione di « azione disordinata del cuore » non è esatta, in quanto che essa comprende anche i vizi organici, mentre richiama l'attenzione del paziente sul cuore, il che va evitato.

Gli AA. hanno studiato 100 casi, di cui 50 con astenia neurocircolatoria pura (Gruppo I) e 50 nei quali era complicata da vizi organici di cuore (Gruppo II); per confronto, hanno poi preso in esame 25 individui con neurastenia (Gruppo III) e 25 con psiconeurosi (Gruppo IV), escludendo da questi ultimi gruppi quelli che accusavano principalmente disturbi relativi al sistema cardiovascolare.

### DATI EZIOLOGICI.

*Età*. Nei casi degli AA. (che andavano dai 12 ai 69 anni), l'età media di inizio della malattia era di anni 31 e ½; il maggiore addensamento si ha nella III decade (25), IV (34) e V (21).

*Sesso*. Il numero delle donne era superiore (69 %); di esse 22 erano nubili. In alcune, le irregolarità sessuali od un matrimonio infelice hanno avuto grande importanza nell'inizio dei sintomi.

*Costituzione*. Soltanto nel 9 %, si trattava di individui a scarso sviluppo o denutriti; nell'81 %, i pazienti erano bene sviluppati e nutriti od obesi (18 %); nel rimanente 10 %, si avevano condizioni medie. È quindi fallace la

credenza che la sindrome in parola si osservi in individui del tipo astenico.

L'*occupazione* era sedentaria nel 91 % e faticosa nel 9%; nel 51 % si trattava di donne di casa.

*Fattori causali*. Sotto tale rapporto, gli AA. distinguono 3 gruppi.

Tipo *A*. 1) consecutivo a gravi infezioni, operazioni od altre malattie.

2) consecutivo a lavoro prolungato affaticante o sforzi di altro genere senza requie.

Tipo B. 1) consecutivo ad infezioni discrete, operazioni od altre malattie.

2) consecutivo a lavori o sforzi non intensi.

Tipo C. manifestantesi dopo poco o punto sforzo, ma aggravato da malattia o fatica.

Il tipo A. 1) si trova nel 9 % dei casi; A. 2) nel 10 %; il tipo B. nel 61 %; quello C. nel 20 %. Gli individui del tipo C. sono costituzionalmente inferiori.

SINTOMI E SEGNI.

I quattro sintomi cardinali della astenia neurocircolatoria, che si trovano nel 73-78 %, sono: palpitazioni, disturbi respiratori, malessere precordiale ed esaurimento. Gli altri si hanno con la stessa frequenza negli individui con la forma pura ed in quelli in cui questa è associata a malattia organica di cuore.

La *palpitazione*, un po' più frequente nel gruppo I (cfr. sopra) consiste nella sensazione di peso e di battito forzato del cuore a frequenza normale od aumentata, in qualche caso irregolare (specialmente nei pazienti del gruppo II). Spesso, la palpitazione si manifesta dopo emozioni o sforzi. La frequenza del polso, dopo qualche stimolo leggero aumenta a 150-160, ritornando alla normale più lentamente che nei sani. Parecchi, che hanno 80-90 pulsazioni in riposo, aumentano a 140-160 per la sola eccitazione di fare un tracciato elettrocardiografico.

Alcuni pochi pazienti hanno palpitazioni soltanto in letto, specialmente se coricati sul fianco destro; rare le extrasistoli.

Altro sintomo comune è il *disturbo respiratorio*, che può andare sino alla vera dispnea, per lo più subbiettivo anzichè obbiettivo, constando della percezione spiacevole del consueto atto respiratorio. In qualche caso, vi è tachipnea (anche fino a 100).

La dispnea può talora manifestarsi nel completo riposo ed il paziente riferisce che in tal caso, ha la sensazione di non introdurre una quantità d'aria sufficiente, per cui è costretto a fare un respiro lungo caratterizzato da una inspirazione profonda a mo' di sospiro. È questo un segno che conferma la diagnosi di astenia neurocircolatoria. Il sospiro, osservato nel 35 % dei casi degli AA. è menzionato nell'80% per altri.

Durante il riposo, la frequenza è generalmente normale o di poco aumentata, mentre aumenta notevolmente con l'esercizio senza proporzione con l'intensità di questo, tanto che il paziente si sente di dover sospendere ogni eventuale attività sportiva.

Il *malessere (o dolore) precordiale* è stato rilevato nel 74% (un po' più frequente nel gruppo II). Esso varia dalla semplice dolorabilità sorda o bruciante e costante al dolore a coltello, che dura soltanto pochi secondi, ma che ritorna a periodi di minuti o di ore.

La localizzazione, il carattere e la durata sono nettamente distinti da quelli dell'angina pectoris. L'irritazione (braccio, ascella, spalla sinistra od anche destra) è maggiore quanto più forte è il dolore. Talora, le donne si lamentano di dolore sotto la mammella sinistra. Non è rara la dolorabilità alla pressione, che può aversi talvolta anche senza il dolore subbiettivo; la presenza di tale segno è importante per la diagnosi di astenia neurocircolatoria. Nel fare questa prova, si osserva bene l'espressione del viso del paziente.

L'*esaurimento* o la facile stancabilità si sono rilevati nel 73 % dei casi; possono essere costanti od intermittenti.

I detti sintomi possono combinarsi in vario modo. Per quanto riguarda *quelli meno frequenti*, la *sincope* è stata rilevata nel 19 %; in qualche caso, si aveva spesso, talora anche più volte la settimana.

Più frequente è la *debolezza* (38 %), che può aversi in seguito ad emozione od in connessione con qualcuno dei quattro sintomi principali. Può precedere la sincope ed è spesso accompagnata da *capogiri*.

L'*aumento di traspirazione* si è rilevato nel 18 %, il *tremore* nel 13 %, il *rossore* nel 10 % ed il *pallore* nell'8 %. Possono essere considerati come sintomi che confermano la diagnosi, ma da soli non hanno gran valore. L'aumento di traspirazione può essere assai incomodo.

Abbastanza frequente è l'*insonnia* (30 %), mentre nell'11 %, i pazienti accusavano il *globo isterico*.

Frequenti (44 %) sono i *disturbi gastro-intestinali* funzionali, variabili da un accenno alla nausea, al vomito, da lievi a gravi malesseri addominali.

Nel II gruppo (astenia neurocircolatoria e malattia organica di cuore) i sintomi sono analoghi per carattere e frequenza; un po' più frequente è il dolore precordiale (forse per la presenza in oltre la metà dei casi di dilatazione cardiaca). Nel 70% dei pazienti di questo gruppo, l'origine dei sintomi è funzionale ed è prevalentemente funzionale nel rimanente 30 %.

Per quanto riguarda i *segni obbiettivi*, nei pazienti del gruppo I si aveva un cuore del tutto normale (esame fluoroscopico) con tendenza ad un diminuito rapporto cardio-toracico. Nel 50 %, si ascoltava un rumore funzionale sistolico, che non aumentava con l'esercizio e diminuiva con i respiri profondi.

La pressione sanguigna (sempre nel gruppo

I) era analoga a quella degli individui della stessa età e peso. Nulla di caratteristico all'elettrocardiogramma.

### DIAGNOSI.

Generalmente buona *quoad vitam*. Si deve però contare sopra un certo grado di incapacità, dipendente da varî fattori: gravità dei sintomi, tipo costituzionale e modo di trattamento. Si deve tener presente che, col ritorno dei fattori causali, ci si aspetterà un ritorno dei sintomi, specialmente nei tipi B e C. Nei casi del tipo A, i sintomi spesso cessano permanentemente dopo un adeguato periodo di convalescenza e di riposo.

Su circa 600 pazienti studiati da Grant, il 15,3 % guarì del tutto; il 17,8 % migliorò, il 56,2 % rimase stazionario e soltanto il 2 % peggiorò.

Nell'8,7 % si ebbero malattie gravi, specialmente tubercolosi. Le malattie cardiache vere e proprie si svilupparono soltanto nell'1 %.

### TRATTAMENTO.

Nella terapia dell'astenia neurocircolatoria è essenziale guadagnare anzitutto la confidenza del paziente, spiegargli accuratamente la natura delle sue condizioni, fugando i timori per una malattia cardiaca e, se questa esiste, convincere il malato che, pure dovendo egli limitare la sua attività, i sintomi dipendono dall'astenia neurocircolatoria anzichè dalla malattia cardiaca.

Ogni paziente deve comprendere che è necessario una limitazione della propria attività, diversa secondo gli individui. In linea generale è consigliabile soltanto un lavoro, rispettivamente, un divertimento tranquillo, evitando di far tardi la sera, il caffè, il tè, l'uso smodato di alcool e di tabacco, il lavoro prolungato, l'intraprendere nuovi e faticosi compiti. Dopo avere così seguìto per pochi mesi il paziente, questo accomoda la sua vita in modo adatto e non ha più disturbi. Nei casi più gravi del gruppo B e C, con marcata psiconeurosi o definiti difetti costituzionali, può essere utile un consulto con uno psichiatra, nella speranza di risolvere un conflitto emozionale. Fatto questo, è bene seguire il paziente dal punto di vista cardiaco, assicurandolo per quanto riguarda il cuore; la sola psicoanalisi non è sufficiente per la guarigione.

Fra i molti medicamenti proposti, gli unici che possono dare qualche risultato, dal punto di vista sintomatico, sono i sedativi blandi, quali i bromuri ed i preparati fenolbarbiturici. In qualche caso, Crile ha trovato utile la simpatectomia surrenale.

Nei casi più gravi, si prescriverà il riposo assoluto sul principio, assicurando in seguito dei periodi di tranquillità.

*fil.*

## Lo stato funzionale del pancreas nello scompenso cardiaco.

(W. MICHELSON e M. SOKOLOWA. *Vracebnoje Delo*, 1933, f. 9).

Gli AA. rilevano come il problema finora è stato studiato scarsamente; neanche nello studio anatomo-patologico degli scompensati, le alterazioni del pancreas, perfino nella letteratura più recente, sono trattate piuttosto superficialmente.

Partendo dalla supposizione logica, che i fatti di scompenso circolatorio non possono non ripercuotersi sulla struttura e specialmente sulla funzione della ghiandola pancreatica, gli AA. istituirono una serie di ricerche con prove funzionali di essa; dall'altra parte nei casi venuti a morte, la ghiandola veniva osservata con speciale cura. Secondo questi ultimi dati, dei 6 casi di scompenso sezionati, quattro presentarono delle alterazioni piuttosto avanzate che andavano dall'induramento cianotico, alla sclerosi o alla cirrosi; in un caso, dove il pancreas si dimostrò indenne, la lesione cardiaca e lo scompenso erano di data recente.

I saggi funzionali eseguiti su 20 casi si riferivano sia alla funzione esocrina che a quella endocrina del pancreas. Per la prima — il metodo più attendibile — la determinazione del contenuto in fermenti del duodeno dopo caricamento con HCl, non potè essere seguito per la difficoltà del sondaggio duodenale nei cardiaci. Si ricorse dunque allo studio della diastasi nel sangue e nell'urina ed alla determinazione della lipasi e della lipasi-atoxil resistente nel sangue; veniva osservata anche la lipasi chinino-resistente, la quale, secondo gli AA., rispecchia la funzionalità epatica. Lo studio contemporaneo di tutte le lipasi permetteva valutare meglio i singoli responsi: la lipasi at. res. dimostrava aumento patologico in 14 su 18 casi; nei pochi casi quando essa era normale o più bassa della norma il fatto poteva essere attribuito al basso contenuto della lipasi *in toto*. I dati per la diastasi si avvicinano di più a quelli normali; va però notato, che l'aumento di questa si ha piuttosto nelle forme acute che in quelle croniche della lesione pancreatica.

Gli AA. danno maggior valore alle osservazioni eseguite nell'intento di valutare la funzione endocrina del pancreas. Fra i molteplici metodi esistenti essi hanno dato la preferenza a quello di Staub e Traugott; esso si basa sulla determinazione della curva glicemica durante un ripetuto caricamento con glucosio; l'andamento della glicemia dopo la prima carica di glucosio implica molti fattori anche extrapancreatici; d'altra parte è noto che negli individui normali la seconda somministrazione di glucosio eseguita dopo un'ora non determina una nuova ascensione nella curva glicemica. Quest'ultimo fatto dipende-

rebbe dalla presenza dell'insulina (provocato dalla carica precedente) che favorisce l'immediata glicogenogenesi possibile anche nelle condizioni più o meno patologiche del fegato. Dunque (anche secondo Pollak, Hirschhorn, Pokker ecc.) il comportamento della glicemia dopo la seconda carica rispecchia fedelmente la funzione insulare; solo nelle alterazioni di questa si avrà allora una nuova ripida ascensione della curva glicemica. In 50 % dei casi di scompenso studiati dagli AA. l'andamento dello zucchero nel sangue durante la prova di Staub-Traugott era analogo a quello dei diabetici; solo in 25% esso corrispondeva a quello normale; nel resto dei malati assumeva il tipo intermedio essendosi verificato invece della continua discesa (come nel normale) un plateau che si prolungava per oltre un'ora dopo la seconda carica.

Sembra dunque dimostrata l'alterazione del ricambio di carboidrati nei casi di scompenso esaminati; tale alterazione che si avvicina spesso a quella diabetica non può essere attribuita solo alle modificazioni che lo scompenso può causare nelle funzioni del fegato o eventualmente dei muscoli; deporrebbe invece nettamente per alterazioni dell'apparato insulare; insieme colle prove della funzione esocrina del pancreas starebbe a testimoniare che tutto l'organo è profondamente alterato nel disturbo circolatorio di origine cardiaca.

Gli esperimenti riferiti certo non possono dirsi conclusivi; comunque hanno il valore di impostazione di un nuovo problema, di cui lo studio sembra promettente, non solo dal punto di vista diagnostico ma anche per le possibilità terapeutiche che da esso possono scaturire. (D'altra parte avrebbe già avuto la sua conferma empirica nell'applicazione del trattamento glucosio-insulina, che si è dimostrato utile nello scompenso cardiaco. - *N. d. R.*).

S. MINZ.

## Ferita penetrante del cuore e alterazioni elettrocardiografiche consecutive.

(P. COSSIO, W. TEREJRINA FOTHERINGHAM, M. VEGA e Y. GONZÁLEZ SABATHIÉ. *La Semana Medica*, n. 35, 1933).

Gli AA. riportano una osservazione eccezionale di ferita penetrante del cuore; nel corso dell'operazione chirurgica i ventricoli entrarono in fibrillazione e fu necessaria una iniezione intracardiaca di adrenalina per rianimare il cuore.

Le alterazioni elettrocardiografiche osservate dopo l'operazione fino al momento della guarigione furono molto simili a quelle dell'infarto del miocardio tipo punta, la ferita essendo situata in vicinanza della punta del cuore. Inoltre la curva elettrocardiografica dimostrava un difetto della conduzione localizzata nel ventricolo sinistro, dove aveva sede la ferita.

C. TOSCANO.

# DIVAGAZIONI

## Il naturismo.

Le idee nuove, le nuove dottrine incontrano generalmente grandi difficoltà per farsi apprezzare, per farsi accettare. Sono accolte dapprima con scetticismo e con indifferenza, talvolta con ostilità. Così è stato del naturismo. Confuso con il nudismo e con il vegetarianismo ha suscitato diffidenze determinate da pregiudizi morali o da pregresse esperienze deformate dagli eccessi degli esaltati.

I sostenitori ed i seguaci del naturismo si sforzano di sfrondare questa dottrina da tutto ciò che può sembrare ridicolo o fanatico, tendono a precisare che esso non urta contro i principî etici correnti, non vuole annullare la conquista della civiltà, nè seguire esclusivismi dogmatici e metodi irrealizzabili.

Il naturismo tende ad eliminare tutte le cause che influiscono sfavorevolmente sull'organismo, a rafforzarne il potere di resistenza di fronte agli agenti patogeni, a migliorare la condotta morale dell'uomo, ad equilibrarne il tono sentimentale.

Tutto ciò si può ottenere con un regime di vita più confaciente alle sue possibilità fisiologiche, più aderente allo stato naturale.

La civiltà insieme ai grandi vantaggi tecnici e sociali, ha apportato all'uomo danni notevoli minorando il suo organismo fisico. Le necessità sociali, i progressi della tecnica hanno determinato un sistema di vita che rende l'uomo più facilmente aggredibile dalle malattie, o quanto meno in uno stato di malessere più o meno continuo.

Secondo il naturismo le cause della patologia umana sono quasi tutte inerenti al regime di vita imposto agli individui delle necessità sociali o da abitudini viziose: inerzia muscolare, alimentazione inadatta ed eccessiva. abitazioni inadeguate. vesti irrazionali. infezioni, intossicazioni voluttuarie e professionali.

Per controbilanciare o rendere meno deleterie queste azioni nocive il naturismo prosegue un ritorno al primitivismo della condotta della vita umana, che non implichi beninteso la rinunzia alle nobili conquiste della civiltà.

Cominciando dalle abitazioni si propone la decentralizzazione delle grandi città, ossia la costruzione delle nuove case quanto più lontano è possibile dalla città, opportunamente distanziate e separate da larghi appezzamenti di campi e di boschi. in modo da consentire quanto più è possibile la vita all'aria aperta ed il lavoro della terra nelle ore di libertà.

Questa specie di abitazione permetterebbe di vivere la maggior parte della giornata lontano dall'oceano di pietre delle città moderne, dal tumulto delle strade, dall'aria stagnante, viziata dal pulviscolo, dalle esalazioni degli autoveicoli, dei camini e delle officine.

D'altra parte la coltivazione diretta della terra, oltre i benefici che dà all'organismo con il lavoro all'aria aperta e al sole, potrebbe dare frutta e ortaggi sufficienti per la famiglia, a basso prezzo e perfetti dal punto di vista igienico, in quanto di immediata consumazione.

Un tale sistema favorirebbe anche le tendenze vegetariane. Al riguardo il naturismo senza essere eccessivamente esclusivista sostiene che il componente carneo dell'alimentazione debba essere notevolmente ridotto.

La formula alimentare di Voit è oramai sorpassata. Essa si è dimostrata quantitativamente eccessiva, qualitativamente inadatta. Occorre limitare alle strette necessità fisiologiche tanto la quota albuminoidea della reazione alimentare quanto il coefficiente calorimetrico dell'alimentazione globale. Il contenuto di sostanze minerali, specialmente basiche, deve essere tale da assicurare all'organismo l'equilibrio acido-basico, e precisamente la così detta riserva alcalina, di solito in deficit nel regime comune per insufficiente consumo di erbaggi e di frutta succose e fresche, e per erronea cottura dei primi. Gli alimenti vegetali freschi e crudi, a prescindere dal loro contenuto vitaminico, sono più confacienti sia per l'apporto di sali inorganici in genere sia, e sopra tutto, perchè concorrono al bilancio chimico neutralizzando l'acidità prodotta dai cibi acidificanti (carne, uova, latticini, legumi, cereali, zucchero raffinato, grassi ecc.). Tutto sommato la medicina naturista consiglia: limitare il cibo carneo ad una piccola porzione ad un solo pasto; coprire la reazione albuminoidea in parte con albumine vegetali (ortaggi, frutta, patate, cereali) ed in parte con latte o cacio fresco; usare pane integrale o patate; usare cibi prevalentemente crudi; limitare l'uso del sale di cucina; abolire le bevande alcooliche ed in genere tutti gli aromi; bere poca acqua, tenuto conto, comunque, che il bisogno di bere si riduce con una dieta così fatta.

Il regime crudo avrebbe d'altra parte il vantaggio di far scomparire il desiderio di fumare.

Un altro punto sul quale insistono particolarmente i naturisti è quello riguardante la necessità di mantenere la pelle in ottima efficienza funzionale. La pelle non è solo un tegumento, una protezione meccanica del corpo, ma un organo senziente e secernente. Dalla pelle partono continuamente stimoli sensitivi che hanno ripercussioni notevoli su tutto l'organismo, e che concorrono a dare un particolare tono alla cenestesi. D'altra parte oltre alla secrezione esterna che concorre alla regolarizzazione calorica ed all'eliminazione dei veleni, la pelle ha sicuramente una secrezione interna che eccita il metabolismo e aumenta la resistenza organica. Da questi fatti si induce la necessità che la funzione della pelle non dovrebbe essere ostacolata ma favorita ed eccitata. Ciò oltre e più che con i comuni bagni di acqua si ottiene con i bagni di aria. Gli abiti comunemente usati aderenti, pesanti, chiusi al collo ed alle estremità impediscono assolutamente che gli stimoli fisici naturali, l'aria e la luce, agiscano sulla pelle. Occorrono pertanto vesti ampie, largamente aperte al collo, alle braccia, alle gambe. Oltre a ciò converrebbe che ciascuno prendesse ogni giorno un bagno d'aria della durata minima di 10 minuti a corpo perfettamente nudo in camera, o meglio con mutandine all'aperto.

Il camminare a piedi nudi è di somma utilità oltre che per la conservazione della volta scheletrica che è una necessità della statica, anche perchè linfa e sangue sono continuamente mantenuti in attiva circolazione per effetto delle compressioni che subisce alternativamente la pianta del piede, mentre dalle terminazioni nervose si trasmettono ai centri continui stimoli che provocano uno spiccato senso di benessere.

La vita all'aria aperta a piedi nudi, con il corpo semicoperto o meglio in semplici mutandine consente una più ampia libertà di movimenti, una maggiore possibilità di eseguire esercizi fisici, fatti che a loro volta hanno una benefica influenza sul tono, sul trofismo e sulla validità muscolare.

Gli istituti di cura naturistica oltre che i metodi su accennati, ne praticano altri sussidiarii: massaggi, ginnastica speciale, psicoterapia, ecc.

Ma i fulcri principali della metodica naturista sono i seguenti: riduzione della dieta alimentare che deve essere prevalentemente costituita da vegetali, riduzione degli indumenti, moto, regime di vita più aderente alle fonti naturali della vita, alla terra, all'aria, al sole.

Le intemperanze di alcuni fanatici, i pregiudizi delle masse, la confusione che spesso si fa con il vegetarianismo puro e con il nudismo integrale hanno create difficoltà alla diffusione dei principî del naturismo.

Sta di fatto che questo, almeno come tendenza, si va affermando, ha il riconoscimento anche da parte di uomini di governo.

Un medico francese in una sua conferenza di propaganda ha riportato le seguenti parole dette da Mussolini ai medici italiani: « I medici devono insistere su i problemi della medicina preventiva e restringere il campo in quella che io chiamerei medicina repressiva. I medici devono dire la loro parola sulla quistione del naturismo, che ha assunto grande importanza in tutti i paesi. Sono profondamente convinto che la nostra maniera di mangiare, di vestire, di lavorare e di dormire, tutto il complesso delle nostre abitudini deve essere riformato. Bisogna fare agire sul nostro corpo gli elementi della natura, a cominciare dall'aria, dal sole e dal moto, se non vogliamo, come disse Carducci, discen-

dere fra le ombre, per avere il petto meschino ed i polmoni raggrinziti. I medici devono insistere perchè la nostra vita prenda forme più razionali. Tutto ciò che voi farete per abituare gli italiani al movimento, all'aria libera, alla ginnastica e agli sports, sarà ben fatto non solo dal punto di vista fisico, ma anche da quello morale, perchè gli uomini forti sono anche uomini saggi, e non sono tentati di abusare della loro forza, come lo sono i deboli, i vinti, coloro che, talora, hanno la crudeltà della loro debolezza ».

Certo la dottrina naturista intesa come modo di vivere, come metodo di cura esclusiva, si presta a facili critiche, ma come tendenza ad attenuare gli eventuali svantaggi della civilizzazione merita non solo considerazione, ma di essere incoraggiata e seguita.

Del resto se il nome è nuovo il naturismo era apprezzato e praticato fin dai tempi antichi.

La più bella, la più grande civiltà di cui si onora ancora l'umanità, quella greca, era tutta impregnata di naturismo. Il moto, la semplicità dell'alimentazione, la vita all'aria libera, i bagni di acqua, di aria, di sole, non solo erano decantati dai grandi pensatori, da Ippocrate, Pitagora, Socrate, Platone, Aristotile, Diogene, ma costituivano una prassi comune delle masse.

E attualmente le norme del naturismo se pure non applicate integralmente perchè praticamente impossibili e inconciliabili con le esigenze della vita ordinaria, costituiscono delle tendenze cui tutti cercano di avvicinarsi.

Innanzi tutto la moda maschile e femminile va diventando sempre più semplice, meno impacciante, lasciando alla carezza dell'aria e del sole una discreta parte delle superfici cutanee.

Vere masse di gente durante l'estate si riversano nelle stazioni balneari non solo per immergersi nell'acqua, ma per esporsi per intere giornate quasi in completa nudità al sole. Costituisce quasi una ricercatezza, un vanto avere la pelle bronzata. Il campeggio su i monti d'inverno e d'estate è entrato nei costumi. Le colonie estive per bambini sono diventate oramai un largo fatto compiuto: le mamme non hanno più paura di separarsi dai loro ragazzi, che vanno a bere a larghi sorsi l'aria dei boschi e del mare, nudi quanto è più possibile, perchè la nudità non è più giudicata impudica, non è più ritenuta pericolosa per la salute.

Si comincia a capire che la forza fisica non si acquista, la salute non si conserva facendo una vita d'immobilità, di riguardi, di precauzioni, vivendo con le braccia incrociate, temendo le correnti d'aria e le scottature del sole.

Il naturismo, sfrondato di tutte le esagerazioni fanatiche, di tutte le speculazioni ciarlatanesche, è tendenzialmente in atto.

*argo.*

# NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

ZIELER-JACOBI. *Lehrbuch und Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten für praktische Aerzte und Studierende.* Voll. 2. Terza edizione, con 340 figure a colori e due in nero in 181 tavole e 168 figure nel testo. Urban e Schwarzenberg, ed. Berlino-Vienna, 1934. R. M. 48.

Questo compendio-atlante di malattie cutanee ed intersessuali, che ebbe già tanta favorevole accoglienza dal pubblico medico, si presenta ora nella sua terza edizione di molto accresciuta e migliorata ed in parte rifatta, in due grossi volumi, uno di testo (pp. 664) ed un altro di tavole (181) con figure a colori ed un paio di figure in nero.

Diremo subito che esso risponde perfettamente agli scopi divulgativi per i quali fu ideato e rappresenta un'ottima guida per i medici pratici e gli studenti, ai quali specialmente s'indirizza.

Le malattie cutanee, dopo una sommaria trattazione dell'anatomia e fisiologia, della patologia, diagnostica e terapia generale della pelle, vi sono descritte in brevi capitoli secondo una classificazione un po' eclettica che potrebbe forse presentare il fianco a qualche critica; ma classificare è sempre difficile e soprattutto in fatto di dermatosi, per le quali non è possibile attenersi ad un criterio unico: morfologico o sintomatico, anatomico, etiologico ecc., per cui tutti i tentativi di dividerle secondo un sistema più o meno razionale, portano in sè il vizio originario di una certa artificiosità, inevitabile quando si voglia ridurre a schemi, che non esistono in natura e sono mere creazioni della nostra mente, ma sono pure necessarii nella pratica e nell'insegnamento, il multiforme e complesso materiale di studio a nostra disposizione.

È da rilevare piuttosto la mancanza di un qualsiasi accenno a dermatosi descritte anche in epoche non recentissime, sulla cui entità nosologica non si può oramai avere alcun dubbio. Senza parlare della sodokosi (malattia da morso di ratti) descritta per il primo in Italia dal Frugoni, e per restare solo nel campo degli studi italiani, il granuloma tricofitico e la porpora anulare telangettoide del Majocchi, la porocheratosi di V. Mibelli non vi sono nè anche ricordate: eppure si tratta di dermatosi note, i cui esempî, da quando furono nettamente individualizzate, sono ora meno rari di quel che non si pensi, e la cui conoscenza, sia pure sommaria, sarebbe quindi utile anche per i medici pratici e generici.

Di tutta la produzione originale italiana, così ricca e così varia specie negli ultimi decenni, non sono menzionati che l'angiocheratoma di V. Mibelli e la spirocheta pertenue scoperta e dimostrata dal Castellani quale agente patogeno della framboesia tropica; il che, sia detto senza far torto a nessuno, ci sembra assai poco

anche per un manuale d'indole essenzialmente pratica.

Meno incompleta e più aggiornata è la parte che riguarda la sifilide e le malattie veneree a cui gli AA. hanno dato maggiore sviluppo e che si raccomanda ai lettori per la copia di notizie, l'ordine e la chiarezza della esposizione.

Splendide sono le illustrazioni, sia quelle in nero nel testo, sia quelle a colori nell'atlante. Quest'ultime, tratte dai calchi in cera di varie collezioni (non sempre peraltro fedelissimi al vero), sono impeccabilmente riprodotte e rappresentano un materiale di studio veramente prezioso per quelli che non hanno larga esperienza dermatologica od abbondante casistica clinica a loro disposizione.

Le brevi osservazioni da noi fatte non menomano i pregi di questa opera, concepita come avviamento agli studî di dermato-sifilologia con intenti pratici e divulgativi, alla quale, anche in questa nuova e più bella edizione, arriderà di certo il successo delle due precedenti.

V. MONTESANO.

## CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

KAHR. *Konservative Therapie der Frauenkrankheiten.* Vol. di pagg. 296. Julius Springer, Wien, 1934. RM. 16,50.

È una buona trattazione della ginecologia medica dove le risorse non operative ginecologiche appaiono più estese ed utilizzabili di quanto non si finisca forse per credere ed attuare da parte dei ginecologi operatori. Un giusto equilibrio dell'A. per converso impedisce che il medico pratico sia portato troppo ad abusare dell'astensionismo, rimandando o rifiutando il soccorso radicale quando sia solo possibile con un tempestivo atto operativo. Una larga parte è data alla ricettazione e si nota a tale riguardo la importanza data dall'A. all'argomento se egli ha voluto corredare il volume non solo del consueto indice analitico ma anche di un indice di medicamenti; i due indici rendono naturalmente più agevole la consultazione e più utile, quindi, il libro.

P. G.

E. LIEK. *Der Kampf gegen den Krebs.* Vol. in-8°, di 222 pagg. Lehmanns Verlag, München, 1934. Prezzo RM. 5,50, ril. 7.

In un libro precedente da noi recensito lo scorso anno, l'A. dimostrava il continuo aumento del cancro ed i risultati relativamente scarsi della lotta attuale contro di esso, nel senso che la chirurgia ha dato ormai quanto poteva, le ricerche scientifiche approdano a poco e la propaganda finisce per creare spesso degli ipocondriaci, ma non a salvare dei cancerosi. La genesi del cancro è da riferirsi essenzialmente al complesso della nostra civilizzazione, all'alimentazione troppo raffinata e denaturata.

Il libro ha sollevato numerose critiche e quello attuale è scritto appunto per ribatterle, particolarmente quelle di Blumenthal e di Fischer-Wafels, insistendo poi sullo stato attuale e futuro della lotta anticancerosa, nel senso preconizzato dall'A. e sulla necessità di impostare una buona statistica. *fil.*

M. RONZINI. *I neurinomi nel quadro dei tumori gastrici benigni.* Vol. di pag. 88 con 20 figure. Collana di attualità chirurgiche N. 3. Edit. L. Cappelli, Bologna, 1934. L. 20.

Sulla base di una osservazione personale e di una ricca bibliografia, l'A. ci dà un quadro completo dei tumori gastrici benigni e in modo particolare dei neurinomi, che da soli ne rappresentano la parte più importante. Affezione molto rara e conosciuta da poco tempo, il neurinoma dello stomaco ha caratteristiche tali da poter essere riconosciuto dal chirurgo purchè ne sappia l'esistenza; la monografia del Ronzini mettendone in evidenza i caratteri anatomo-patologici e clinici offre allo studioso e al pratico la possibilità di aggiornare facilmente le proprie conoscenze.

Il lavoro è molto diligentemente condotto e bene illustrato. Abbondantissima la bibliografia.

VALDONI.

J. LANGE. *Die Folgen der Entmannung Erwachsener.* Editore, G. Thieme, Lipsia. Prezzo MK. 5.

È questa una trattazione completa delle conseguenze psico-somatiche della castrazione degli adulti.

Sono esposte non solo le alterazioni immediate che l'asportazione dei testicoli produce nelle strutture anatomiche e nelle funzioni sessuali principali e secondarie, nel carattere e nell'attività degli individui, negli altri organi della vita vegetativa, ma anche gli esiti lontani, il destino dei castrati.

È un libro di molto interesse teorico e pratico.

DR.



(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 23 giugno 1934.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

### Rilievi clinico-anatomici su un caso di obesità a base ipofisario-surrenale (sindrome di Cushing).

Proff. E. GREPPI e P. RADAELLI. — Gli OO. descrivono il quadro clinico ed il reperto anatomo-istologico di un caso tipico di « Sindrome di Cushing », cioè, di un'obesità grave con note di ipertonia circolatoria e di virilismo, corrispondente al doppio fatto anatomico di una iperplasia di cellule basofile nel lobo anteriore della ipofisi e di una iperplasia nodosa con lipoidosi della corteccia surrenale. Discutono vari aspetti del problema istologico poliendocrino, dimostrandone l'interesse nel vasto campo delle pletore e delle ipertensioni arteriose associate a disturbi metabolici.

### Ricerche sulle malattie degli organi respiratori negli zolfatai.

G. SORGE e D. COLUMBIA. — In 129 dei 150 zolfatai esaminati nella Miniera di Grottacalda (Enna) l'esame radiografico dell'apparato respiratorio mise in evidenza un processo di pneumofibrosi interstiziale centrifuga (cioè progrediente dall'ilo verso la periferia) che in gran parte dei casi si limitava ad un addensamento più o meno marcato delle ombre ilari (97 casi) e delle strie vascolo-bronchiali (63 casi), in altri dava particolari addensamenti basali (19 casi), in altri ancora una micronodulìa più o meno diffusa, tale da richiamare i quadri radiologici classici del II stadio delle pneumoconiosi silicotiche (19 casi). Fatti pleurici a tipo fibrotico produttivo furono repertati in 13 radiogrammi.

A queste lesioni interstiziali si associano alterazioni parenchimali consistenti principalmente nell'enfisema, che radiologicamente risulta nel 36 % dei casi, ed in bronchiectasie, riscontrate in 17 radiogrammi, eseguiti senza mezzi di contrasto.

Secondo gli OO. le lesioni interstiziali, evidenti sopratutto nel quadro radiologico, starebbero *prevalentemente* in rapporto all'inalazione di polvere; quelle parenchimali, predominanti all'esame fisico, sarebbero principalmente legate all'inalazione di vapori solforosi ($SO_2$).

Vengono descritti, con dimostrazione di numerosi radiogrammi, alcuni caratteri distintivi fra la micronodulìa della zolforosi e la classica nodulìa della silicosi in II stadio. I quadri radiologici, più e meglio dell'esame clinico, rivelano la base anatomica delle compromissioni funzionali illustrate nella I nota.

Considerata come una pneumoconiosi, quella degli zolfatai sec. gli OO. presenta particolari caratteri di benignità, rappresentati sopratutto dalla lentezza della sua evoluzione, dall'arresto del processo al II stadio, dell'assoluta mancanza di potere predisponente alla tubercolosi polmonare.

### Sul microbismo della bile nella colecisti normale.

Dott. S. SCIUTI. — La divergenza di vedute tra AA. per stabilire se la bile sia sterile o se essa contenga dei germi ha spinto l'O. a concorrere mediante esperienze a studiare il microbismo della bile nella cistifellea normale.

Infatti mentre molti sostengono, a traverso osservazioni ed esperienze, che la bile oltre ad essere sterile ha anche un potere antisettico, altri hanno provato che essa contiene dei germi di diversa specie, ed alcuni di questi sostengono, che solo la bile delle vie intra-epatiche è sterile, mentre quella della cistifellea e del terzo medio del coledoco è inquinata da germi.

Le indagini fatte su 12 cani e 34 buoi con scrupolosa tecnica, tanto su bile comune che su centrifugato, hanno portato alla conclusione che la bile prelevata dal vivo, o immediatamente dopo la mattazione, è spesso inquinata da germi ordinariamente di una sola specie e più frequentemente dal bacterium coli o dallo stafilococco.

In conclusione nella maggioranza degli animali esaminati si è trovato uno stato di microbismo latente della bile contenuta nella cistifellea normale. Questo microbismo come dimostra lo stato anatomico della cistifellea da cui la bile è stata prelevata ordinariamente non dà manifestazioni patogene degne di nota.

Ma non è da escludersi che per l'azione di una concausa qualunque fra cui principalmente un ostacolo alla viabilità biliare, esso microbismo possa avere importanza sia per lo sviluppo di una colecistite come nella genesi del gran numero dei calcoli settici.

### Intorno alla formazione dei calcoli biliari.

Dott. S. SCIUTI. — L'O. dopo avere ricordato la letteratura in proposito, studia l'azione della bile del cane sui calcoli umani.

A tal uopo introduce nella cistifellea di cani normali o splenectomizzati calcoli biliari umani e pietre.

Sacrificati gli animali dopo un periodo di tempo variabile da un mese a sei mesi circa, osserva:

1) che, sia nei cani normali sia nei cani splenectomizzati, i calcoli introdotti scompaiono completamente;

2) che attorno alle pietre, che comunemente si credono centri di calcoli, non si ha alcuna traccia di calcoli neoformati.

Da questi risultati l'O. pensa che nel dissolvimento dei calcoli umani la composizione biochimica della bile dei cani deve essere sicuramente diversa dalla bile umana.

Forse avrà una notevole influenza la posizione del fegato nell'animale, per la mancata formazione di calcoli attorno a corpi estranei introdotti.

R. MARTINETTI. — *Singolare comportamento del fenomeno della « grande agglutinazione » dei globuli rossi in un caso di ittero cronico con epatosplenomegalia.* *Il Segretario*: Prof. G. MACCO.

---

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

**Ricambio del cloruro di sodio e rene amiloide.**

Nonnenbruch (*Med. Klinik*, 16 febbraio 1934) ha dimostrato in precedenti lavori, come il più energico diuretico sia un vitto asciutto e ricco di NaCl. Esso determina una rapida diminuzione di alcuni kg. del peso normale ed il contenuto in NaCl dell'urina cresce moltissimo. Col sale, l'individuo perde acqua.

L'A. si pone ora il quesito se anche nelle nefrosi idropigene e nelle amiloidosi renali il NaCl manifesti la sua azione diuretica attraverso un aumento del NaCl urinario. Ne ha fatto la prova in due casi. In uno, in cui il peso specifico delle scarsissime urine raggiungeva al massimo i 1020, i valori in NaCl urinario rimasero inferiori a quelli del sangue e non ci fu affatto aumento della diuresi. Nell'altro al contrario, si ebbe diuresi ed aumento della concentrazione di NaCl. Si trattava di un processo suppurativo polmonare cronico con bronchiectasie coniche nel lobo inferiore d. e empiema, in un uomo di 22 a., con amiloidosi, constatata al tavolo anatomico.

Le urine raggiungevano nelle 24 ore 500 cc. ed il p. s. di 1031, con sole tracce di NaCl. Nel sangue NaCl 4,79 ‰.

Si ebbe una forte azione diuretica col NaCl, essendo ridotta l'introduzione di liquidi e contemporaneamente i valori del NaCl nelle urine, prima estremamente bassi, crebbero notevolmente. Ciò non ostante la eliminazione del sale rimase inferiore alla sua introduzione e si determinò ritenzione clorurata secca, senza ritenzione d'acqua.

L'A. pubblica il caso perchè dimostra come anche in presenza di edemi, oliguria e scarsissima concentrazione di NaCl nelle urine, in rapporto con grave nefrosi amiloidea, la dieta secca e con NaCl svolga intensa azione diuretica come nel soggetto normale, e ciò fino che il rene è in condizioni di poter reagire al carico di sale. Nel caso specifico l'A. ha anche osservato come i bronchi non vicarino il rene nell'eliminazione del cloruro di sodio.

M. COPPO.

**Aspetti chirurgici del rene policistico.**

Walter e Braasch (*Surg. Gyn. Obst.*, 1934) hanno raccolto 85 casi di rene policistico fra i malati della Fondazione Mayo. 24 casi furono operati col metodo di Rovsing (punture multiple e causticazione delle cisti), 27 di nefrectomia per cancri, calcolosi ed ematurie profuse. Il rimanente ebbe solo trattamento medico. I risultati non furono del trattamento chirurgico così cattivi come ci si può aspettare. Vi sono malati ancora in vita dopo molti anni. Gli AA. ritengono che in casi determinati, dove uno studio accurato della funzionalità renale si può ancora tentare una cura chirurgica del rene policistico.

V. GHIRON.

**Leucoplasia della pelvi in rene a ferro di cavallo.**

R. Reynolds e Howard (*The Journ. of Urol.*, dicembre 1933) riferiscono un caso di rene a ferro di cavallo, in cui la metà sinistra era trasformata in una sacca uronefrotica, e mostrava al taglio, dopo l'asportazione, una pelvi la cui mucosa aveva assunto un aspetto quasi di cute spessa, grigio-biancastra con numerose rughe. All'esame istologico l'epitelio si mostrava pavimentoso stratificato con uno strato superficiale corneo ben accentuato. Gli AA. pensano che la leucoplasia urinaria, oltre ad essere l'espressione di uno stato irritativo cronico della mucosa, può in alcuni casi essere l'espressione di uno stato di avitaminosi A.

V. LOZZI.

**Complicazioni rare della nefrolitiasi.**

Fra le più rare complicazioni della nefrolitiasi bisogna annoverare la perforazione di un calcolo verso l'esterno e la successiva ferita di un vaso dell'ilo renale: tale evenienza, di cui sono noti pochi casi, è stata osservata due volte da E. Widrich (*Z. Urol. Ch.*, vol. 38, 1933).

In entrambi i casi, nei quali era già nota la presenza di calcoli nella pelvi, si stabilì improvvisamente una sindrome acuta caratterizzata da colica renale intensa, ematuria abbondante, tumefazione rapida della regione renale e ingrandimento della zona di ottusità del rene, segni di peritonismo, segni di grave emorragia interna; in uno dei casi si ebbe anche febbre con brivido. Le condizioni dei pazienti imposero l'intervento d'urgenza. In entrambi i casi fu trovato il rene immerso in una grande quantità di coaguli che invadevano tutta la capsula adiposa; i coaguli riempivano anche il bacinetto e i calici. La causa dell'emorragia fu rinvenuta in una erosione della vena renale prodotta da un calcolo, che dopo aver perforato la parete della pelvi aveva usurato quella della vena. In entrambe i casi fu eseguita la nefrectomia.

Complicazioni di questo genere sono state altre volte osservate, ma il vaso interessato era sempre l'arteria renale e mai la vena.

P. STEFANINI.

**Sul trattamento conservativo dei calcoli ureterali.**

K. Volkmann (*Zentr. f. Chir.*, n. 10, 1934) riferisce su 96 casi di calcoli ureterali nei quali i dati di frequenza in rapporto all'età, al sesso ed alla sede dei calcoli sono da riportarsi ai dati, resi noti in altre statistiche.

L'A. mette in rilievo la importanza del trattamento con bagni caldi per la eliminazione di quei calcoli, che non si eliminano spontaneamente. Particolare importanza hanno i bagni intestinali, con clisteri caldi praticati contemporaneamente al bagno caldo esterno. Inoltre occorre somministrare antispastici (atropina, papaverina). Per la iperemia causata dal bagno caldo si ha una dilatazione dell'uretere; inoltre risulta aumentata la diuresi. Il trattamento con bagni caldi deve essere ripetuto al minimo 12 volte a giorni alterni. Ma in qualche caso riportato dall'A. si ebbe l'eliminazione del calcolo dopo 19 bagni intestinali. Soltanto i casi che resistono a tale trattamento debbano essere operati, quando le manovre endovescicali sono rimaste infruttuose.

In 79 ammalati dei quali l'A. ha potuto raccogliere i dati, in 21 si ebbe l'eliminazione spontanea; 12 furono operati prima che si impiegassero tali trattamenti; 12 calcoli furono allontanati per via endovescicale; 1 prima operato e poi trattato con bagni; 6 con bagno e trattamento endovescicale; 1 con spostamento dopo il bagno; 4 operati dopo bagno infruttuoso; 22 eliminati con bagno soltanto.

JURA.

**Ancora il trattamento conservativo dei calcoli ureterali.**

Viene vivamente consigliato da Gissel (*Z. Blatt f. Chir. e Med. Welt*, 3 marzo 1934) il quale lo ha applicato con successo in 64 casi su 69, ottenendone l'eliminazione del calcolo.

Usa dei bagni a 32°-36° continuati per 45 minuti; frattanto si fa un enteroclisma con 200 grammi di glicerina in un litro di acqua a 40°-42°. Come terapia medicamentosa, papaverina, tintura di belladonna, eccezionalmente ipofisina. Fra i trattamenti endovescicali, ha usato specialmente il cateterismo a permanenza con uno o più cateteri ureterali.

*fil.*

**Uraco totalmente aperto di grandezza straordinaria e sua cura.**

La mancanza di obliterazione dell'uraco può causare un'apertura parziale o totale. Nel primo caso si ha la formazione di cisti o diverticoli dell'uraco; nel secondo si hanno le fistole, le quali sono più rare delle cisti.

Nella letteratura fino al 1932 sono riportati 27 casi, che si riferiscono a pazienti di tutte le età: dai primi giorni di vita fino alla vecchiaia.

La osservazione riportata da Rieder (*Zentr. f. Chir.*, n. 15, 1934) si riferisce ad un neonato di 2 ore dalla nascita, che presentava nella regione ombellicale una tumefazione più grande del pugno di un uomo e che per estensione interessava 1/8 della superficie addominale ant. La tumefazione è ricoperta da un velo biancastro, attraverso il quale si cela il peristaltismo intestinale. Il cordone ombellicale si estrinseca dal contorno sup. della tumefazione, che nel mezzo ha un'apertura, attraverso la quale passa un tramite, rivestito di epitelio. È possibile in esso penetrare con le dita. Il riempimento della vescica mostra chiaramente la comunicazione di questa col tramite epiteliale.

L'A. operò il neonato 2 ore dopo la nascita. Dopo aver isolato il tramite dell'uraco fino alla comunicazione con la vescica, dove si vede come se fosse uno sfintere, l'uraco viene tagliato al di sopra, la superficie di sezione viene suturata ed introflessa verso la cavità vescicale con sutura di affondamento.

Chiusura dell'addome a strati. Guarigione.

Istologicamente si trovava epitelio caratteristico di passaggio simile all'uretra.

Le cause della mancata obliterazione dell'uraco sono attribuite a: 1) ostacolo dell'emissione delle urine; 2) formazione di impedimenti; 3) crescenza anormale della parete dell'uraco.

L'A. fa presente come nei casi sinora pubblicati non si rinvennero dati, che suffragassero tali ipotesi. Egli invece presume che si debba attribuire tale malformazione a difetti congeniti nello sviluppo dell'allantoide.

JURA.

**Plastica ad anello del tenue quale metodo di elezione per ricostruire la capacità vescicale.**

In due casi di vescica retratta da precedente cistite con una capacità di 40 cc. venne eseguita da W. Sebening (*Arch. Kl. Chir.*, vol. 177, pag. 585, 1933). Un intervento atto ad aumentare la capacità vescicale. A 30 cm. dalla valvola ileocecale si esclude un'ansa del tenue di 40 cm. di lunghezza suturandone i due monconi termino-terminalmente in modo da formare un anello completo. La continuità del tenue viene ristabilita con una ileo-ileostomia latero-laterale.

L'esclusione dell'ansa è facile: occorre però fare attenzione a interessare quanto meno è possibile il mesenterio per non compromettere la vitalità.

L'ansa esclusa viene ora anastomizzata latero-lateralmente alla porzione della cupola vescicale rivestita da peritoneo. Triplice strato di sutura e chiusura dell'addome senza drenaggio.

A distanza di mesi, i risultati sono ottimi; la capacità vescicale è di 250 rispettivamente di 200 cc., lo svuotamento della vescica normale e completo, l'azotemia normale.

VALDONI.

**Combinazione dell'anestesia sacrale e trans-sacrale per la operazione sulla prostata, vescica, perineo.**

Läwen (*Z. Urol. Chir.*, vol. 39, 1934) propone di unire le anestesie sacrale e transsacrale per le operazioni sul piccolo bacino.

L'anestesia sacrale viene fatta iniettando at-

traverso lo *hiatus sacralis* 30 cc. di soluzione 1 % di tutocaina con aggiunta di adrenalina. Questa anestesia che, in genere, interessa soltanto i segmenti sacrali: 3°, 4°, 5°, e i nervi coccigeci, viene completata con l'anestesia trans-sacrale, limitata all'iniezione di liquido anestetico (15 cc. di novocaina 0,5 %) attraverso il 1° o i 2 primi fori sacrali bilateralmente.

L'anestesia che così si ottiene permette, secondo Läwen, di praticare comodamente operazioni sulla vescica, prostata, perineo, retto (anche amputazioni), utero (parte inferiore). Per operazioni dalla via addominale è necessaria un'infiltrazione novocainica della parete.

P. STEFANINI.

**Un caso di ritenzione urinaria da ascessi prostatici curati mediante incisione diatermica delle raccolte per via endoscopica.**

A. Filippi (*Atti Soc. Med.-Chirurg. di Padova.* marzo 1933) illustra un caso riguardante un uomo di 63 anni, il quale da 4 giorni non potendo mingere spontaneamente doveva svuotare la vescica mediante cateterismo.

L'esplorazione digitale del retto faceva rilevare una massa prostatica circa il doppio della norma, alquanto dolente, di consistenza elastica, non fluttuante. Il cateterismo uretrale riuscì facile e si estrassero 200 cc. di urina torbida e fetida contenente pus.

L'A., previa anestesia dell'uretra con istillazione di percaina al 1/2 % sottopose l'ammalato ad uretrocistoscopia.

Rilevò 3 grosse globosità che protrudevano in vescica, dal collo. Con un piccolo coltello diatermico di Rosemburg e con una corrente di 200 millampère sperforò la globosità posteriore corrispondente al lobo medio della prostata; vide così sgorgare abbondante liquido purulento che veniva trascinato fuori dalla corrente d'acqua. Infisse la punta del coltello pure su quella di destra, ma non ottenne alcun effetto.

Dopo qualche giorno constatò all'esplorazione rettale che l'intera massa prostatica si era ridotta di volume. La minzione si ripristinò ben presto, la temperatura scese alla norma e la guarigione divenne presto completa.

L'A. mette in rilievo come anche questo mezzo in taluni casi di ritenzione urinaria da ascessi prostatici, possa essere utilmente usato.

S. SCANDURRA.

**Tubercolosi miliare secondaria ad una dilatazione per stenosi uretrale tubercolare.**

W. Möller (*Acta Chir. Scand.*, fasc. V-VI, 1934) comunica un gruppo di casi di tubercolosi renale e di restringimento tubercolare dell'uretra in cui si ebbe una tubercolosi miliare in un caso in cui si era ricorso alla dilatazione graduale dell'uretra onde poter procedere ad una cistoscopia.

Siccome nelle tubercolosi genito-urinarie mancano segni patognomonici per la compartecipazione del canale uretrale, così l'A. mette in guardia contro gl'interventi endoscopici in questi infermi, e consiglia di ricorrere alla urografia discendente come primo esame d'orientamento diagnostico, dando questa in genere dati sufficienti che possono farci rinunciare alla cistoscopia.

R. GRASSO.

**Tumori dell'uretra.**

Le caruncole uretrali o angiomi papilliformi — osservano Clovis H. Philips e Marion D. Douglas (*The Amer. Journ. of Obst. a. Gyn.*, gennaio 1934, n. 1) — sono piccole formazioni polipoidee sessili o peduncolate che si sviluppano nella regione del vestibolo. Si ritengono alterazioni metaplasiche susseguenti a stati infiammatorii cronici o a pregressi traumi meccanici o chimici.

Tutte le caruncole sono essenzialmente vascolari come furono descritte da Schene, il quale le chiamò angiomi papilloidi papillari.

La loro escissione è difficile e il miglior trattamento è la corrente ad alta frequenza. I fibromi dell'uretra sono rari.

Il carcinoma dell'uretra se non è osservato al suo inizio, rende spesso impossibile la diagnosi di sede, giacchè è difficile poter stabilire se ha avuto origine nell'uretra od in qualche struttura adiacente.

Si distinguono due tipi di carcinoma dell'uretra femminile: l'uno ha inizio nella mucosa o nel pavimento dell'uretra, l'altro è un tumore parauretrale che tende a circondare e ad occludere l'uretra; il secondo cresce lentamente e decorre con fibrosi e ialinizzazione. Le metastasi avvengono precocemente.

Il carcinoma dell'uretra raramente si osserva prima dei 50 anni.

La sede d'impianto è generalmente l'orificio uretrale; si origina da una leucoplasia, da una caruncola uretrale o dalle ghiandole di Schene. I primi sintomi sono: disuria, frequenza delle minzioni ad ematuria. Il dolore si presenta più tardi.

La terapia di scelta è la resezione radicale dell'uretra seguìta da una adeguata plastica. Il radium è difficilmente applicabile, tanto più che in seguito all'uso di esso si possono stabilire delle fistole vescico-vaginali incurabili. In seguito alla resezione completa dell'uretra con distruzione dello sfintere uretrale, è possibile a volte assicurare la continenza mediante trapianto dei muscoli elevatori.

L'A. illustra tre casi, da lui trattati, di tumori dell'uretra in donne. S. SCANDURRA.

**L'uso terapeutico dell'anestesia paravertebrale in urologia.**

Secondo Brandesky (*Z. Urol. Chir.*, vol. 39, 1934) l'anestesia paravertebrale (A. P. V.) ese-

guita con tecnica esatta è un notevole acquisto per la terapia conservativa in urologia.

La tecnica usata dall'A. è quella di Braun, che consiste nell'iniettare la novocaina nel punto di uscita dei nervi intercostali presso la colonna vertebrale, e che permette di interessare i nervi comunicanti.

I nervi da anestetizzare sono: per il rene $D_{11}$ e $D_{12}$, per l'uretere $L_2$ e $L_3$.

L'A. P. V. può essere usata per la soppressione di dolori renali e ureterali, quando siano falliti altri mezzi analgesici; quando si tratti di coliche prolungate o che si ripetono a breve distanza di tempo.

L'analgesia determinata dalla A. P. V. è rapida e di lunga durata (settimane e mesi).

L'indicazione più interessante per la A. P. V. è l'anuria e l'oliguria. Secondo l'A. bisogna tentare la A. P.V. in tutti i casi in cui l'anuria non è dovuta a gravi alterazioni anatomiche del rene. Il successo della A. P. V. è tanto maggiore, quanto minori sono le alterazioni anatomo-patologiche del parenchima. I migliori risultati si ottengono nelle anemie da calcolosi. L'A. ha trattato con successo anche anurie da compressione ureterale, da metastasi neoplastiche: in questi casi oltre al fattore meccanico della compressione era in giuoco evidentemente anche un fattore spastico. È indicata la A. P. V. anche nelle anurie e oligurie renali nel corso di nefropatie acute e nelle anurie postoperatorie.

In 3 casi l'A. ha ottenuto con la A. P. V. l'eliminazione di calcoli ureterali: si tratta di calcoli piccoli, fissi allo sbocco dell'uretere, che determinavano fiere coliche e una diminuzione notevole o soppressione dell'eliminazione del colore. Al contrario in 3 casi di calcoli piuttosto grossi che decorrevano senza gravi disturbi e avevano determinato una distensione atonica dell'uretere, la A.P.V. rimase inefficace.

L'A. pensa che l'A. P. V. possa avere anche un valore prognostico per la possibilità di stabilire, in casi di anuria, dal grado del successo che la A. P. V. ottiene, le condizioni anatomiche del rene. P. STEFANINI.

## IGIENE.

### L'efficacia della zooprofilassi nella lotta antimalarica.

G. Escalar (*Riv. di malariologia*, 1934, Sez. I, n. 2) ha organizzato, nel 1932, la protezione antimalarica di Ardea (confini dell'Agro Romano) mediante la costruzione, alle periferia, di porcili per richiamare e intercettare le zanzare malarigene. Il numero di questi porcili antimalarici è stato aumentato nel 1933: la necessità di tale completamento è stata dimostrata dal fatto che, essendo rimasta scoperta la parte a nord-est, si era verificato un caso di malaria primitiva proprio in quella zona. Se ne desume il principio di circondare la località da proteggere con una corona completa di porcili, se si vogliono ottenere i migliori risultati.

Attualmente, ad Ardea, i porcili sono 27, con un totale di 39 suini stabulati.

Interessante, per dimostrare l'azione protettrice di questi, è il seguire l'andamento delle catture delle anofele nei porcili in confronto di quelle nelle abitazioni. Nel 1933, ad Ardea, il numero rispettivo fu di 24.961 e di 628. Attratte da un abbondante *pabulum*, le anofele si fermano quindi nei porcili, senza invadere le abitazioni, in cui il numero delle anofele catturate rappresenta soltanto il 2,3 % del totale.

Gli effetti di questo metodo di lotta sono stati evidenti. Su una popolazione di circa 650 abitanti, tutti controllati con esami di sangue, si aveva il 46,7 % di malarici nel 1930 ed il 32,6 % nel 1931. Iniziatasi la zooprofilassi, si ebbe una discesa a 8,94 % nel 1932 ed a 7,5 % nel 1933; nessun caso da agosto a dicembre, il che, osserva l'A., conferma che non vi furono primitivi; nessuno dei 16 nati del 1932 e dei 18 del 1933 contrasse malaria.

E, mentre negli anni precedenti la malaricità di Ardea era *sempre superiore* a quella dei centri vicini, dal 1932 tale borgata diventa uno dei centri *meno malarici*. Conseguentemente, l'indice splenico si è andato riducendo da 63,9 % nel 1931 a 25,72 % nel 1932 ed a 9,56 % nel 1933.

Risultati veramente impressionanti, a cui si potrebbe fare un'unica obbiezione, domandandosi se ad essi non abbia contribuito anche la cattura delle anofele, necessaria, d'altra parte, per dimostrare il potere di attrazione dei porcili. Tralasciando pure l'enorme sciame catturato in questi ultimi, la cattura di 628 anofele nelle abitazioni, dove pure si trovavano 49 portatori di parassiti, non deve essere stata senza influenza; la lotta antimalarica nella casa, su cui ha giustamente insistito D. Falcioni, consiste appunto in ciò. I risultati dell'esperimento potrebbero anche addursi per dimostrare l'efficacia della disanofelizzazione, sicchè sarebbe utile una controprova fatta senza la disanofelizzazione.

Tale osservazione nulla toglie al valore della zooprofilassi, come è stata organizzata ad Ardea. Essa ha anche il vantaggio di essere, in fondo, redditizia. Di fatto, se la spesa dei 27 porcili (a L. 1250 ciascuno) è stata di lire 33.750, si deve tener presente che essa ha permesso di sopprimere il servizio di profilassi chininica, il che, per il solo stipendio alla profilassatrice, importava una spesa annua di lire 13.200; ciò significa che in 3 anni viene compensata la spesa di costruzione dei porcili.

Un « per finire », che non intende affatto intaccare la serità dell'argomento. Con tanta smania di antivivisezionismo e di protezione degli animali, con le damine che vanno nei laboratori per vedere se le cavie sono tenute in

condizioni igieniche (delle abitazioni umane non se ne interessano!) non v'è pericolo di vederne qualcuna protestare per le tormentose punture che s'infliggono ai maiali?

*fil.*

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Stimolo nervoso alla formazione del latte.

La ghiandola mammaria subisce una modificazione ad ogni ciclo mestruale per effetto di uno stimolo di origine ormonica. Questa ipertrofia fisiologica si ottiene sperimentalmente nella vergine o anche nel maschio castrato o no mediante iniezione di ormone follicolare, o placenta o urine di gravida. Si ha così un aumento del sistema dei dotti senza proliferazione delle cellule secernenti il latte. Col parto si ha una stimolo alla secrezione. Dall'ipofisi anteriore è stato preparato un ormone, il prolactin, che si presume sia l'agente che promuove l'attività secernente dell'epitelio di ghiandole i cui dotti sono ingranditi e preparati così alla produzione del latte. Studi fatti con trapianti di ghiandola mammaria indicano che il prolactin agisce indipendentemente dalle vie nervose.

Una volta stabilito il flusso del latte questo flusso è legato alla rimozione del latte prodotto. Secondo Selye (come in un editoriale di *The Journ. of the Americ. medic. Assoc.*, 19 maggio 1934) la suzione ha importanza enorme nel prolungare la produzione del latte. Nei ratti, l'allontanamento del lattante dalla madre produce sospensione della produzione del latte dopo 3-5 giorni.

Inoltre, tagliando il dotto principale e conservando i capezzoli, la suzione stimola la secrezione lattea fino alla turgidità e alla rottura degli alveoli. Invece l'asportazione dei capezzoli con conseguente cessazione della suzione dà non solo cessazione della secrezione, ma anche atrofia ghiandolare. La secrezione si conserva completa ovunque se si conservano alcuni capezzoli, tagliandone solo alcuni.

La suzione agisce sulla secrezione lattea per via nervosa e produce aumento della azotemia.

R. LUSENA.

## VARIA

### Studi sull'azione biologica dell'aria con carica elettrica unipolare.

Sono stati eseguiti da W. Kaufmann, W. e A. Nekludowa, A. Boschenolnow (*Acta med. Scandinava*, v. 82, f. V-VI, 1934). L'azione dell'aria ionizzata sull'organismo umano è nota da tempo, specie per quel che riguarda la respirazione e la circolazione (Shubller); Sokolov è stato uno dei primi a proporre la sua applicazione nel trattamento della tubercolosi polmonare. Stein, Labbé ed altri avrebbero avuto dei risultati favorevoli. Gli AA. del presente lavoro vollero studiare l'influenza dell'aria polarizzata nelle sue ripercussioni sul quadro leucocitario; quest'ultimo, secondo Schilling, rappresenta lo specchio clinico dei processi somatici, dunque può, fino a un certo punto, servire da indicatore delle reazioni organiche, la valutazione delle quali costituisce un importante fattore del giudizio clinico, diagnostico e prognostico dell'infezione tubercolare.

Per ottenere che nella camera di esperimento l'aria giunga caricata unipolarmente, gli AA. si sono serviti del procedimento di Dessauer da loro modificato, di cui non possiamo riportare qui le precise modalità. La temperatura e l'umidità venivano mantenute costanti; in un gruppo di esperienze l'influenza dell'aria ionizzata era combinata con quella di polverizzazione di preparati di calcio ($CaO$ e $CaSO_4$); è stata saggiata anche l'azione di tale polverizzazione da sola; per le esperienze di controllo, le cavie, che servivano da animali di esperimento, venivano immesse nella camera per la durata di 3 ore (il tempo dell'esperienza) senza che vi si procedesse alla creazione del campo elettrico e alla polverizzazione di calcio.

Lo studio del quadro leucocitario (conta dei globuli bianchi e formola leucocitaria) veniva eseguito prima dell'esperimento, immediatamente dopo di esso e a distanza di 3 e 24 ore dall'esperimento. Mediante tale osservazione si è potuto costatare che mentre l'aria polarizzata da sola provoca dapprima una leucopenia che soltanto più tardi cede il posto a leucocitosi, l'associazione della polverizzazione di composti calcici determina un'immediata comparsa di leucocitosi, evidente anche per la sola azione delle sostanze calciche polverizzate.

La ionizzazione unipolare dell'aria è capace, di per sè, di determinare un netto quadro di monocitosi (non in rapporto al segno della carica) indipendentemente dall'associazione o meno della polverizzazione di Ca: la percentuale di monociti può salire da 5 a 12 %, col massimo aumento dopo 3 ore; la formola, come pure la leucocitosi, ritornano alla norma dopo 24 ore.

Non è stato osservato spostamento a sinistra della formula di Arneth.

Dunque, mentre i preparati calcici sono quelli che determinano la leucocitosi (il numero dei globuli bianchi può essere raddoppiato), la reazione monocitaria è da ascriversi allo stimolo dell'aria con carica unipolare. Tale reazione viene considerata dagli AA. quale segno di un'esaltata funzionalità dell'apparato reticolo-endoteliale prodottasi in seguito ad uno stimolo insolito; quest'ultimo dunque è da tenersi presente nelle sue possibili applicazioni terapeutiche, naturalmente con opportuna « individualizzazione » delle indicazioni curative.

S. MINZ.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## SERVIZI IGIENICO-SANITARI

### Consiglio Superiore di Sanità.

Nei giorni 12, 13, 14 luglio, presso il Ministero dell'Interno, si è riunito, in adunanza plenaria, il Consiglio superiore di sanità.

Allo svolgimento dei lavori ha assistito il Sottosegretario di Stato per l'Interno che è stato pregato dal presidente di rendersi interprete presso il Capo del Governo dei sentimenti di devozione dell'intero Consiglio per l'imponente sviluppo raggiunto nel campo delle provvidenze igienico-sanitarie e sociali.

Il Consiglio ha discusso la relazione annuale sulle condizioni sanitarie nel 1933, prendendo in esame i provvedimenti adottati e quelli in corso di studio e di attuazione, specialmente in fatto di assistenza e di profilassi, che il Fascismo va continuamente sviluppando.

Successivamente il Consiglio Superiore si è occupato dell'indagine sulla mortalità infantile dei bambini assistiti nei brefotrofi, constatando il continuo, confortante abbassamento della mortalità infantile dovuto essenzialmente alle molteplici provvidenze adottate in questo campo dal Regime. Ha portato poi il suo esame su l'intensificazione dei servizi di profilassi antimalarica, resa indispensabile dall'addensamento della mano d'opera per le bonifiche e in applicazione delle nuove disposizioni emanate dal Governo Fascista; e su alcuni importanti particolari della organizzazione antitubercolare, che il Governo cura con speciale interesse e con crescente successo.

I lavori si sono conclusi con la presentazione di voti, che rappresentano direttive di massima nei singoli problemi trattati.

## CONCORSI.

**POSTI VACANTI.**

ACQUANEGRA SUL CHIESE (*Mantova*). — Scad. 25 sett.; per Mosio; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 500 trasp.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

ATELLA (*Napoli*). — Concorso, per titoli, al posto di medico-chirurgo-condotto della seconda zona Succivo. Stipendio annuo L. 9500 al lordo delle ritenute di legge e delle riduzioni di cui a R. D. L. 20-11-1930 n. 1491 e 14-4-1934 n. 561, suscettibile di due aumenti sessennali del decimo. La domanda, in bollo da L. 3, insieme ai prescritti documenti l'elenco dei quali con tutte le relative modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla predetta Segreteria di Atella non oltre il 20 ottobre 1934-XII.

BUSCEMI (*Siracusa*). — Scad. 10 sett.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

BRUSASCO CAVAGNOLO (*Torino*). — Scad. 15 ott.; rivolgersi Segreteria Com.

CUORGNÈ (*Aosta*). — Scad. 15 sett., ore 18; 1ª condotta; L. 9000 e 10 bienni ventes. oltre L. 3500 automob. obbligatorio; età limite 35 anni.

FABRIANO (*Ancona*). *Congregazione di Carità. « Ospedale Umberto I »*. — Posto di Assistente Medico-Chirurgo; assegno annuo L. 4000; vitto e alloggio gratuiti in Ospedale; compartecipazioni sui proventi per atti operativi, cura, ambulatori e gabinetti. Ritenute e riduzioni di legge. Documenti di rito e diploma di abilitazione all'esercizio professionale conseguito da non oltre quattro anni. Scadenza concorso 31 agosto 1934-XII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Fabriano.

FERRARA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 14 ag.; direttore della Sez. batteriolog. del Laboratorio provinc. d'igiene e profilassi; L. 16.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 4000 serv. att., eventuali premi; età limite 45 a. al 30 giu.

GAVARDO (*Brescia*). — Scad. 15 sett.; consorzio; L. 10.000 e 6 quinquenni dec., c.-v., L. 2500 trasp., L. 500 se uff. san.; età limite 35 a.

INVERNO (*Pavia*). — Scad. 15 ag.; con Gerenzago; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

INVORIO (*Novara*). — Scad. 30 sett.; L. 6617,60 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san. e L. 1800 trasp., L. 369,60 c.-v., al lordo di R. M. e M. P. Le condizioni di concorso sono visibili presso l'Ufficio Comunale.

MANOPPELLO (*Pescara*). — Scad. 30 sett., ore 16; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000-2500-3000 trasp.; età limite 40 a.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50.

ODALENGO GRANDE (*Alessandria*). — Concorso al posto di medico condotto. Stipendio di L. 9000; indennità di trasporto L. 2000; Ufficiale Sanitario L. 500. Stipendio, indennità ed aumenti sono sottoposti alle trattenute e riduzioni di legge. Età massima anni 32 salvo eccezioni di legge. Scadenza diciotto settembre 1934-XII. Per schiarimenti rivolgersi all'Ufficio di Segreteria del Comune.

PADOVA. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto il 10 settembre 1934 è prorogato il concorso al posto di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale annuo: L. 12.000, sei aumenti periodici di un decimo. Servizio attivo annuo: L. 1800, compartecipazione del 10 % sui proventi di Laboratorio. Indennità caro-viveri come gli altri impiegati. Il tutto ridotto delle trattenute di legge. Chiedere manifesto alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

PANICALE (*Perugia*). — Scad. 30 sett., ore 18; 1ª condotta; L. 7000 e 3 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 500-2000-4000 trasp., c.-v.; doc. a 3 mesi dall'1 lug.; tassa L. 50,10; se uff. san. L. 500; serv. entro 20 giorni.

PESCARA. *Fondazione « Nuovo Ospedale Civile »*. — Concorso al posto di Medico primario. Scadenza ore 19 dell'8 agosto 1934-XII. Chiedere il bando di concorso alla Segreteria della Fondazione (presso l'Amministrazione provinciale di Pescara).

PESCARA. *Fondazione « Nuovo Ospedale Civile »*. — Concorso al posto di Chirurgo primario. Scadenza ore 19 dell'8 agosto 1934-XII. Chiedere il bando di concorso alla Segreteria della Fondazione (presso l'Amministrazione provinciale di Pescara).

PETRITOLI (*Ascoli Piceno*). — Concorso al posto di Medico Chirurgo dell'unica condotta a tipo residenziale. Abitanti 3795. Altitudine sul livello del mare m 358. Stipendio iniziale L. 8500, cinque aumenti quadriennali di un decimo. Indennità: *a*) di laurea L. 500; *b*) di cavalcatura L. 2700 (cavallo); *c*) forese L. 1000. Stipendio ed indennità a lordo delle ritenute di legge e delle riduzioni di cui ai RR. DD. 20 novembre 1930 n. 1491 e 14 aprile 1934 n. 561. Obbligo di servizio gratuito per la Direzione dell'Ospedale Civile. Documenti di rito. Limite di età anni 40 salvo eccezioni di legge. Scadenza 30 settembre 1934. Richiedere copia del bando di concorso alla Segreteria Comunale.

PISTOIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 31 ag.; medico aiuto; titoli ed esami; L. 10.500 oltre L. 1900 serv. att., L. 2400 servizio dispensari foresi; 3 trienni dec.; età limite 35 a.; tassa L. 50.

ROMA. *RR. Istituti fisioterapici ospitalieri.* — Sono aperti i concorsi, per titoli e per esami congiuntamente, per la nomina del Capo Servizio di Biologia Sperimentale e del Capo Servizio di Anatomia Patologica del Reparto Studi e Ricerche, di tre assistenti addetti al reparto stesso, di due assistenti chirurgici e di un assistente del reparto Fisioterapico dell'Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori. Presentare alla Segreteria dei RR. Istituti Fisioterapici Ospitalieri (viale Regina Margherita 295), non più tardi delle ore 12 del 31 agosto, la domanda al concorso specificando il posto al quale si aspira. Gli aspiranti che risiedono nelle Colonie potranno presentare, ai fini dell'ammissione al concorso, entro il 31 agosto, la sola domanda, con l'obbligo di produrre gli altri documenti prescritti non oltre il 15 settembre.

RUFINA (*Firenze*). — Scad. 20 ag.; pel capoluogo; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre L. 3000 trasp., netto di riduz.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

SAN VITO (*Sassari*). — Scad. 30 ag.; L. 9000 oltre L. 1000 uff. san., 4 quinquenni dec., c.-v.

SCHEGGIA PASCELUPO (*Perugia*). — Scad. 30 sett.; 1ª cond.; L. 8000 oltre L. 600 serv. att., L. 1800 trasp., L. 500 se uff. san., 5 sessenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'1 lug.

SIRACUSA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 sett., ore 19; due posti: direttore del Consorzio e del Dispensario prov. e aiuto medico e radiologo del Dispensario prov.; rispettiv. L. 20.200 e lire 14.400, 2 quinquenni dec.; riduzioni. Vaca anche il posto di assistente sanitaria visitatrice. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo della Provincia).

SUCCIVO (*Napoli*). — (Vedere ATELLA).

TARVISIO (*Udine*). — Scad. 15 sett.; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp., c.-v., se uff. san. L. 1000.

TORINO. *Ospedale Maggiore di S. Giovanni Batt.* — Scad. 29 sett.; 3 assistenti supplenti; L. 1800 annue; eventuali indennità servizi speciali; trattenute e riduzione; età limite 32 a.; tassa L. 50.

VALLO DELLA LUCANIA (*Salerno*). — Scad. 90 giorni dal 12 lug.; per 3 frazioni; età limite 25-35 a.; L. 6500 oltre L. 3000 cavalc.; ritenute; tassa L. 50,10.

VENEZIA. *Ospedali Civili.* — Scad. 15 sett., ore 17,30; chirurgo primario presso l'Ospedale Civile Principale, per la Divisione Chir. II; L. 6000 non aumentabili; tassa L. 50; età limite 50 a.; doc. a 3 mesi dal 18 lug. Chied. annunzio.

VILLANOVATULO (*Nuoro*). — Concorso Medico per titoli, alle condizioni del Capitolato. Stipendio annuo L. 5385 ed indennità « ad personam » L. 3615 soggetti entrambi riduzioni del dodici e del sei per cento ed alle trattenute di legge. Documenti al Podestà entro tre mesi dal 10 giugno 1934. Tassa L. 50.

VOLTERRA. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 15 ott.; 5 medici assistenti; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. att., L. 1500 alloggio; chiedere annunzio per le altre condizioni; rivolgersi Congregazione di Carità.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. F. Fedeli, di patologia chirurgica, è passato dall'Università di Modena a quella di Pavia.

Con R. Decreto sono stati eletti soci ordinari della R. Accademia delle Scienze medico-chirurgiche di Napoli i proff.: Vittoriano Cavara, Luigi D'Amato, Luigi De Gaetano, Onofrio Fragnito, Gaetano Quagliariello.

Sono stati eletti soci aggregati i proff.: Guglielmo Ascione, Luigi Auricchio, Guido Bossa, Alfonso Giovanni Chiariello, Renato De Nunno, Eduardo De Arcangelo, Antonio Fragomele, Vincenzo Mario Palmieri, Francesco Pianese, Augusto Oro, Vittorio Susanna, Matteo Testa, Francesco Paolo Tinozzi.

La Società di Neurologia di Parigi ha attribuito il premio Dejerine al dott. Larnelle, capo del centro neurologico di Bruxelles, per il lavoro « Anatomia normale e patologica del midollo in sezioni longitudinali », e al dott. Deschaume, di Lione, per il lavoro « Encefalite sperimentale ».

L'Associazione Nazionale della Tubercolosi degli Stati Uniti ha conferito la medaglia Trudeau al prof. William Snow Miller, emerito di anatomia all'Università di Wiscousin e Madison, per i suoi studî sull'anatomia del polmone e del torace.

Al prof G. Marañon, il noto endocrinologo dell'Università di Madrid, presidente del Museo navale della Spagna, è stata decretata dal Governo spagnolo la Gran croce al Merito navale.

Il dott. Juan Raúl Goyena è nominato presidente dell'Associazione Medica Argentina.

Il dott. Nicolás Lozano è nominato presidente dell'Associazione di Biotipiologia, Eugenica e Medicina Sociale dell'Argentina.

Il dott. Octavio Montoro è nominato presidente del Collegio Medico Nazionale di Cuba.

Il dott. Arturo Rojas è nominato presidente dell'Accademia di Stomatologia di Lima.

## NOTIZIE DIVERSE.

**La provincia di Milano per l'igiene e la sanità.**

L'Amministrazione provinciale di Milano, nel settore igienico-sanitario non è stata da meno del compito assegnatole dal legislatore e delle nobili tradizioni che l'hanno sempre distinta.

Così il Comitato provinciale antimalarico ha proseguito nella campagna iniziata già nel 1931, ottenendo dei risultati positivi che testimoniano dell'efficienza dei mezzi e dei sistemi adottati. Nello scorso anno infatti la morbosità malarica è diminuita: dai 2525 casi del 1932 si è scesi a 2420. Il Comitato ha avuto la soddisfazione di veder riconosciuta la bontà dei mezzi impiegati dalla nuova legge 22 giugno 1933 per il coordinamento e l'integrazione delle norme dirette a diminuire le cause della malaria, le cui direttive, in massima parte, si informano a quelle applicate ed eseguite nella Provincia.

Anche nella lotta antitubercolare l'azione è stata efficace ed adeguata. Particolarmente intenso è stato il movimento dispensariale: nello scorso anno infatti fra visite e rivisite, fatte tanto in Milano che in Provincia, si arrivò a un totale di 57.781. Ottima prova e ottimo inizio ha dato il servizio diagnostico del dispensario provinciale che ha incominciato a funzionare per la prima volta nel 1933 e che ha dato la possibilità di addivenire a un'equa distribuzione dei ricoveri e degli ammalati veramente bisognosi di cura sanatoriale e di accertare la vera morbosità tubercolare, usufruendo di mezzi diagnostici e di personale medico competente. È così che il Comune di Milano, in varii sanatori ed ospedali, ha ricoverato 3578 affetti da tubercolosi polmonare e 2057 da tubercolosi chirurgica.

In sede preventiva è entrata nel secondo anno di vita l'assistenza profilattica a favore dei bambini esposti al contagio: in tal modo nei preventori di Cannobio ed Affori sono stati ricoverati ben 434 bambini sottraendoli a sicuro contagio. Non è chi non veda l'importanza di tale attività che ha salvato cittadini di domani. Nello scorso anno ancora è stata ultimata la costruzione delle nuove sedi dispensariali di Sesto San Giovanni, Carate Brianza, Bollate, Casalpusterlengo e Melegnano; mentre si sono già iniziati i lavori per quelle di Monza, Codogno, Rho, Desio e Trezzo d'Adda.

La campagna antitubercolare dell'anno XI fruttò al Consorzio provinciale complessivamente quasi 781 mila lire.

Bene ha funzionato il servizio delle analisi chimiche e batteriologiche.

Come è noto, onde ottenere una vigilanza costante e regolarmente distribuita, il legislatore fascista ha istituito i vigili sanitari provinciali, la cui attività è stata ed è quanto mai benefica. Nello scorso anno furono così visitati tutti i 247 Comuni della provincia e, nel campo annonario ad esempio, vennero prelevati 2881 campioni di generi alimentari dei quali ben 1589 risultarono non regolamentari. In 62 Comuni inoltre vennero compiuti sopraluoghi per accertare la potabilità dell'acqua, con un totale di 272 prelevamenti di campioni, dei quali 82 risultarono non potabili e determinarono la chiusura definitiva o la sistemazione dei pozzi inquinati.

Altrettanto attivo è stato il servizio vaccinico. L'Amministrazione provinciale nel decorso anno inviò ai Comuni dipendenti 214.570 dosi di linfa vaccinica.

Il servizio disinfezioni è stato ammodernato e opportunamente attrezzato.

**L'attività dell'Opera Maternità e Infanzia nel primo semestre 1934.**

La salute e lo sviluppo normale del bambino dipendono in gran parte da una sufficiente e razionale alimentazione. Per questo l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia provvede, su larga scala, a risolvere l'importante problema aumentando, sempre più, il numero degli asili-nido per il ricovero diurno dei lattanti e dei bimbi divezzi, fino al terzo anno di età e utilizzando gli asili infantili che accolgono i bambini di età prescolastica, cioè da oltre tre sino a sei anni.

Questa provvida azione è poi proseguita e completata dai patronati scolastici dell'O. N. B. a favore dei fanciulli di età scolastica.

I dati relativi all'assistenza prescolastica attuata dall'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, nel primo semestre del corrente anno, mediante gli asili infantili esistenti in tutta Italia, sono i seguenti:

Asili infantili sovvenzionati, n. 1238; bambini assistiti a cura dell'Opera, n. 42.803; refezioni somministrate, n. 3.859.045.

Ne risulta che, mentre in tutto l'anno 1933 erano stati ammessi a questa forma di assistenza 40.138 bambini, nel solo prima semestre del corrente anno ne sono stati assistiti ben 2665 in più.

**Congressi stomato-odontologici.**

Come abbiamo annunziato, la « Fédération dentaire internationale » (F. D. I.) terrà la sua 27ª Sessione a Milano e Como dal 29 luglio al 4 agosto; presidente onorario ne è il visconte De Casa Aguilar (Madrid); presidente effettivo il prof. George Villain (Parigi); presidente del Comitato nazionale l'on. prof. Amedeo Perna (Roma).

Contemporaneamente si terrà il 21° Congresso stomatologico italiano, promosso dalla Federazione Stomatologica Italiana col concorso della Federazione Odontoiatri d'Italia, sotto la presidenza del prof. Pasquale Lippo (Napoli). Il Comitato di collegamento con l'Estero è presieduto dal comm. Amedeo Goia (Torino); il Comitato organizzatore dal prof. Gaetano Fasoli (Milano).

Al duplice Congresso sarà unita un'Esposizione di cui è commissario il prof. Luigi Quintarelli (Venezia).

Il programma generale è molto ricco.

Per qualsiasi informazione rivolgersi all'Ufficio Stampa, via Cosimo del Fante 15, Milano.

**2° Convegno Nazionale dei medici letterati e artisti.**

Si svolgerà nei giorni 18 agosto a Viareggio e 19 agosto a Montecatini.

Verranno discussi i seguenti temi:

Riunione di Viareggio: Proposta Piccinini-Berri-Rolandi per una Associazione, che comprenda tutti i medici letterati e artisti. Schema di Statuto e discussione. (Relatore prof. Pietro Berri di Genova).

Riunione di Montecatini: L'impostazione della voce parlata e cantata e la scienza medica. (Rela-

tore dott. Domenico Silvestrini di Bologna). Il mito di Esculapio. (Relatrice dott.a Ada Del Vantesino di Milano).

Tanto nella prima quanto nella seconda seduta i partecipanti potranno riferire intorno alla loro attività letteraria e artistica e leggere qualche brano dei loro lavori inediti.

Nel pomeriggio del giorno 18 i medici convenuti a Viareggio si recheranno in pellegrinaggio alla Villa Puccini di Torre del Lago per deporvi una corona d'alloro e per commemorare il primo decennale dalla morte del Maestro.

Il Convegno si conchiuderà a Montecatini con un concerto, nel quale verranno eseguite anche musiche di medici.

Tassa d'iscrizione e tessera L. 10.

Le adesioni si ricevono presso la direzione della Rivista « Nicia », via B. Marcello 1, Milano, entro e non oltre il 7 agosto.

**Corso internazionale di alta cultura medica.**

La Fondazione Tomarkin (Roma), posta sotto l'Alto Patronato di S. A. R. il Principe Filiberto di Genova, Duca di Pistoia, ha organizzato il 6° corso di alta cultura medica a Merano, dal 9 al 22 settembre.

Saranno trattati i seguenti temi:

*Affezioni del cuore* (proff. Danielopolu, Bucarest; Jagic, Vienna; L. Lichtwitz, New York; P. Ravault, Lione; C. Reitter, Vienna; P. Schmidt, Praga; F. Volhard, Francoforte; A. Weber, Bad Nanheim; K. C. Wenckebach, Vienna; H. Zondek, Manchester).

*Problemi della nutrizione* (proff. E. Bertarelli, Pavia; M. Bircher-Benner, Zurigo; C. Foà, Milano; B. S. Sbarsky, Mosca; S. Visco, Roma);

*Pediatria* (proff. A. Bocchini, Milano; D. De Blasi, Napoli; A. P. Dustin, Bruxelles; J. Lépine, Lione; C. Levaditi, Parigi; E. Loewenstein, Vienna; H. Neumann, Vienna; W. Park, New York);

*Affezioni gastro-enteriche* (proff. A. Castellani, Roma; A. P. Dustin, Bruxelles; P. Savy, Lione; G. Singer, Vienna; H. Strauss, Berlino; S. J. Thannhauser, Friburgo i. Br.);

*Medicina sociale* (proff. C. Albertini, Milano; C. Ragazzi, Milano; S. Fabbri, Roma; A. Gemelli, Milano; J. Lépine, Lione; E. Morelli, Roma; G. Sanarelli, Roma);

*Temi di libera scelta* (proff. Blum, Vienna; E. Blumenthal, Belgrado; Burian, Belgrado; Bence, Budapest; A. Ferrata, Pavia; G. Fichera, Milano; A. Friedlänger, Friburgo i. Br.; Heger-Gilbert, Bruxelles; Jagic, Vienna; Kerl, Vienna; Koranyi, Budapest; A. Laqueur, Berlino; E. Loewenstein, Vienna; C. Neuberg, Berlino; P. Piccinini, Milano; P. Ravault, Lione; Lina Stern, Mosca; S. J. Thannhauser, Friburgo i. Br.; J. Wagner-Jauregg, Vienna.

Durante il corso verranno tenuti due concerti diretti da Mascagni; verranno organizzate sagre, mostre, fiere, ricevimenti e trattenimenti; sono in programma visite ed escursioni. Verranno concesse facilitazioni e riduzioni varie.

Tassa d'iscrizione L. 125, pagabili sul conto della Fondazione Tomarkin, presso la Cassa di Risparmio di Merano, N. 1520; o alla segreteria del Corso (Azienda Autonoma di Cura, Merano), ove possono richiedersi programmi e informazioni.

**Istituto di Medicina Coloniale a Parigi.**

La Facoltà di Medicina di Parigi ha creato un Istituto di Medicina Coloniale per impartire ai medici francesi e stranieri un insegnamento teorico e pratico sulle malattie tropicali. La sessione del 1934 comincerà il 1° ottobre e terminerà in dicembre. L'insegnamento è teorico, pratico e clinico. L'insegnamento teorico consiste in lezioni didattiche fatte negli anfiteatri, nei laboratori della Facoltà e negli ospedali. L'insegnamento pratico implica esercizi e manipolazioni alle quali gli allievi sono individualmente esercitati. Saranno ammessi a seguire il corso dell'Istituto di Medicina Coloniale: i dottori in medicina francesi; gli stranieri muniti del diploma di dottorato universitario francese; i dottori stranieri provvisti di un diploma medico straniero ammessi dalla Facoltà di Medicina di Parigi; gli studenti in medicina delle Facoltà francesi provvisti di sedici iscrizioni, senza distinzione di nazionalità; gli interni di medicina degli ospedali di qualsiasi grado scolastico. La quota di immatricolazione è di fr. 60 oltre a 40 fr. per diritto di biblioteca; e a 750 fr. per diritti di laboratorio (patologia sperimentale, parassitologia, batteriologia, clinica ecc.); gli esami sono gratuiti. Le iscrizioni saranno ricevute alla Segreteria della Facoltà a partire dal 25 settembre.

**Assistenza agli abbienti negli ospedali di Parigi.**

Da qualche tempo i medici di Parigi elevano vive proteste contro l'« Assistance Publique », la quale ha largheggiato sempre più nell'accettazione di abbienti negli ospedali o negli ambulatori, confidando che le diarie e le tasse di visite contribuissero a sistemare i bilanci (dato che le spese generali restano invariate).

Se non che, l'affluenza di malati ha avuto per risultato una grande ressa, che ha indotto ad aumentare il numero e la capienza degli ospedali; questi sono sempre passivi, e quindi il disavanzo si è accresciuto. Al tempo stesso la clientela privata dei medici si è ridotta in misura corrispondente.

In primo tempo profittavano delle condizioni così offerte molte persone in stato di disagio a causa della crisi economica: persone i cui redditi si erano assottigliati per la svalutazione del denaro, per la conversione della rendita, per la riduzione del tasso d'interesse; ma poi il loro esempio è stato largamente seguito anche dai veri abbienti. Faceva comodo ottenere la visita negli ambulatori per 6 franchi, il ricovero nei reparti ospedalieri medici per 36 franchi e nei reparti chirurgici per 52 franchi senza alcun'altra spesa; ma i sanitari ospedalieri, malissimo compensati dall'amministrazione, si sentivano defraudati. Si sono avuti dei fatti scandalosi, di persone ricchissime curate negli ospedali pubblici.

Ora il Consiglio municipale di Parigi ha deliberato di porre una remora a questi abusi: non dovranno più accettarsi pazienti i quali non diano prova d'indigenza ovvero d'incapacità ad ottenere l'assistenza privata. In casi d'infrazione, essi verranno gravati di un'ammenda pari a venti volte la tariffa normale.

**Il medico deve sempre dire la verità al paziente?**

A Vienna è occorso questo caso: il prof. Zweig, gastro-enterologo, visitò un paziente di 60 anni e lo indirizzò al prof. Finsterer perchè fosse operato

di polipo rettale; dopo l'intervento, il malato fu trasferito all'Istituto del radium di Vienna, per un trattamento con radium. La di lui moglie chiese allora, al chirurgo, che questi precisasse quale malattia avesse il marito, e le fu risposto che si trattava di cancro inoperabile. Il malato ne venne a conoscenza ed intentò causa contro i due specialisti, asseverando che se egli avesse saputo la verità non si sarebbe sottoposto all'operazione e chiedendo la rivalsa delle spese ed i danni. Un'inchiesta giudiziaria ha dimostrato che i due sanitari avevano prestato la loro opera gratuitamente e che le spese incontrate dal paziente erano relative solo all'ospedalizzazione; che la moglie non aveva chiesto prima quale fosse la natura della malattia; che solo durante l'intervento si era riconosciuta l'estensione del processo e quindi l'inoperabilità di esso. La difesa sostenne che i due sanitari avevano agito per fini umanitari e con assoluta correttezza nel non rivelare al paziente la gravità della malattia. Il prof. Finsterer svolse il concetto che a torto il cancro si crede, dal pubblico, sempre incurabile: in molti casi può essere perfettamente estirpato e quindi si giustificava l'intervento.

Si attende ora il verdetto.

**Un po' dovunque.**

La Società tedesca di dermatologia si adunerà a Berlino dal 7 al 10 ottobre. Per informazioni: Arbeitsausschuss der Deutschen Dermatologen-Tagung, Univer.-Hautklinik, Charité, Luisestrasse 2, Berlin NW 7, Germania.

L'Associazione medica aeronautica francese si è riunita il 24 giugno a Reims, sul campo di Courcy, ove giunsero 15 aeroplani pilotati da medici; questi furono accolti da numerose personalità. Il municipio dette un ricevimento in loro onore.

Il 17 giugno si è tenuto a Sora un convegno dei medici della provincia di Frosinone. Sono state fatte numerose comunicazioni.

La Società Medico-Chirurgica Cosentina si è adunata il 30 giugno sotto la presidenza del prof. R. Falcone, assistito dal segretario dott. M. Carbone. Furono fatte comunicazioni dai soci: Santoro, Catalani, Misasi, Rizzo, Rodotà.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese si è adunata l'11 aprile sotto la presidenza del prof. G. Pieri, assistito dal segretario dott. G. Locatelli. Furono fatte comunicazioni dai soci: G. Petta, D. Maselli, G. Lise, L. Da Vià.

La Sezione di Modena della Società It. di Biologia sperim. si è adunata il 15 giugno, sotto la presidenza del prof. A. Aggazzotti. Furono fatte comunicazioni da: Carmela Mamunta, M. Lenzi, S. Delfini.

La Sezione di Pavia della Soc. it. di Biologia speriment. si è adunata, insieme alla Soc. med.-chir. di Pavia (della quale daremo i resoconti), nei giorni 5 giugno e 10 luglio. Furono fatte comunicazioni da: R. Ciferri e P. Redaelli, E. Baldacci, L. Lattes e P. Introzzi, G. Barigozzi, F. Dominici.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 6 luglio. Furono fatte comunicazioni da: D. Calzavara, P. L. Fiorani Gallotta, G. Rossi, G. Ronfini, Bozzoli, G. Del Grisogono.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha informato gl'Istituti dipendenti che per l'ammissione agli esami di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo i laureati in medicina e chirurgia i quali hanno conseguito il titolo accademico nelle Università ove l'insegnamento della fisiologia è separato da quello di chimica biologica e fisiologica, devono avere superato entrambe le prove di esame dei detti insegnamenti.

Nella sala dell'antico palazzo universitario di Napoli i proff. Condorelli e Zagari, ad iniziativa del Sindacato medico, hanno tenuto due conferenze trattando rispettivamente i temi: « Indicazioni cliniche e tecnica della trasfusione » e « Della diagnosi di stati febbrili e subfebbrili e cronici ».

Il prof. Castiglioni ha tenuto nell'aula della R. Università di Padova una conferenza sul tema: « Università, cliniche ed insegnamento della medicina negli Stati Uniti ».

Presso l'Istituto sperimentale per lo studio e il trattamento del cancro diretto dal prof. Angel H. Roffo a Buenos Aires, si è organizzato un corso sul cancro per il mese di ottobre. Rivolgersi alla segreteria dell'Istituto, Avenida San Martín 3351, Bs. Aires, Argentina.

Ad iniziativa del Comitato ungherese per l'insegnamento medico post-universitario, presieduto dal prof. Emil de Grósz, nonchè dell'Associazione di Budapest per le stazioni termali, presieduta dall'arciduca Francesco Giuseppe, viene organizzato un viaggio di studi medici in Ungheria, della durata di quindici giorni; verranno visitati istituti universitari e stazioni idrotermali e si terranno conferenze e dimostrazioni in lingua inglese. Per i viaggi e per gli alberghi si faranno condizioni di favore.

Il 41° viaggio medico tedesco si terrà nei Paesi del nord, dal 30 agosto al 10 settembre; prezzo 200 RM, tutto compreso. Per informazioni: Deutsche Gesellschaft für ärztliche Studienreisen, Magdeburger Str. 17, Berlin W 35, Germania.

L'Ispettorato federale dell'Agro Pontino, in seguito ad accordi intervenuti fra le locali autorità di Governo e di Partito e il Direttore dell'Istituto Superiore di odontoiatria « G. Eastmann », ha istituito, a disposizione della popolazione dell'Agro Pontino, un gabinetto odontoiatrico, che dal 1° luglio ha cominciato a funzionare gratuitamente a Littoria, nei locali della Casa del combattente.

Nel Giappone un'infermiera, sig.na Hisamaton, di Aya, dopo aver conseguito il diploma di una scuola speciale per la cura con l'agopuntura, aveva aperto una clinica recante il suo nome, la « Hisamaton Byoien », molto frequentata. Nel praticare un intervento, su di un certo Kakuno di Itoko, l'ago si è spezzato: la punta è rimasta nella gamba destra del paziente. Per punirsi, la giovane donna si è uccisa, impiccandosi. I giornali locali hanno dato molta pubblicità a questo suicidio, che alcuni di essi hanno perfettamente approvato, poichè si conforma alle tradizioni giapponesi, mentre negli

ambienti medici si è discussa con passione siffatta concezione della responsabilità professionale.

Le organizzazioni professionali della U. R. S. S. hanno votato la somma di 268 milioni di rubli per la costruzione di nuovi sanatori per tubercolotici e per il miglioramento di quelli già esistenti. Oggi i sanatori dipendenti da queste organizzazioni possono accudire a 125.000 malati. Se ne vanno di continuo costruendo di nuovi e stanno per essere terminati quelli di Kislowodsk, Sotchi, Matzesta, Odessa e Bojrow, che potranno ospitare 5000 infermi. (« Rev. de Sanid. e hig. publ. », giu. 1934).

Si è deliberato d'istituire la prima colonia spagnola per l'assistenza ai bambini epilettici e oligofrenici; sorgerà a Aranjuez.

Nell'ospedale degli « Enfants-Malades » di Parigi si è inaugurato un bassorilievo recante l'effigie del compianto dott. Emilio Roux, in memoria della scoperta del siero antidifterico, che per la prima volta, nel 1895, venne applicato in quell'ospedale.

Nel Perù è stata riaperta l'Università di Trujillo.

Nel Brasile un gruppo di giovani medici ha organizzato una campagna contro lo sfruttamento della professione, il quale, durante la crisi, ha assunto fortissime proporzioni. Dalle autorità e dal pubblico si crede che il medico debba dare le sue prestazioni gratuitamente, quasi che egli non abbia bisogni come gli altri uomini. Ogni specie di associazioni ed i cosidetti « ordini », che sono delle mutue comprendenti, spesso, migliaia di membri e con bilanci fiorenti, ottengono i servizi medici gratuitamente o con retribuzioni irrisorie.

Il « Milk Marketing Board » ha organizzato una riunione dei suoi membri, per discutere la produzione e la vendita di latte puro e fresco in Inghilterra.

Il dott. Livio Salghini di Roccatederighi (Grosseto) prega i colleghi che si siano occupati dell'argomento « Malaria e tubercolosi » di volergli inviare estratti e indicazioni bibliografiche, lavorando egli ad una monografia sul tema.

Fino al 15 giugno al « Tribunale della sanità ereditaria » di Amburgo erano pervenute 1325 proposte di sterilizzazione, oltre la metà delle quali presentate direttamente dagli interessati. Le proposte respinte sono state 8, quelle accettate 761. Le operazioni di sterilizzazione compiute sono state 364, delle quali 209 in donne e 115 in uomini.

È morto a 55 anni il prof. JEAN DE MEYER, valente fisiopatologo, specializzatosi nello studio del cuore e della circolazione. Nel 1914 pubblicò il trattato « Les méthodes modernes d'examen du coeur et des artères ». Gli era stata affidata, da tempo, la cattedra di patologia generale all'Università di Bruxelles, ma egli non potè occuparla, a causa delle sue condizioni di salute.

Si è spento a Napoli il prof. GIUSEPPE VAIRO, già medico provinciale, tenne poi con decoro anche la carica di commissario straordinario direttore della Casa degli emigranti nel Porto di Napoli; dirigeva i Dispensari Dermoceltici e il « Vaccinogeno meridionale »; era medico del « Real Yacht Yela ». Fu un giornalista medico vivace ed apprezzatissimo.

M. P.

# RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Edinb. Med. Journ.*, mag. — W. T. BENSON. Lotta contro la difterite.

*Bull. Ac. Méd.*, 24 apr. — PEHU e ARDISSON, PEHU. Acrodinia.

*Clin. Chirurg.*, mar. — MORICONI. Torcicollo. — PEPERE. Idronefrosi dinamica.

*Münch. Med. Woch.*, 4 mag. — A. ENGELHARD. Ipoglicemia spontanea. — G. SITTMANN. Assistenza ospedaliera e medico ospedaliero.

*Mediz. Klinik*, 4 mag. — J. LÖWY. Malattie professionali dei dentisti. — H. HÖCKER. Ormonoterapia dell'alopeia areata.

*Arch. Sch.- u. Tr.-Hyg.*, mag. — W. JELIN e al. Il sistema ret.-endot. nel tifo esantem.

*Bull. Trimetr. Organ. d'Hyg.*, mar. — H. S. CUMMING. Salute e crisi economica negli Stati Uniti.

*Arch. internal Med.*, apr. — I. W. HELD e A. ALLEN GOLDBLOOM. Endocardite acuta da Str. viridans. — H. W. GOODALL e L. H. HOYT. Stomaco toracico. — A. SNELL e J. D. CAMP. Steatorrea cronica idiopatica.

*Revue de Chir.*, apr. — V. CHLAPOBERSKI. La lipogranulomatosi in chirurgia. — LEIBOVICH e F. POILLEUX. Gli accidenti uremici complicanti gl'interventi addominali.

*Rif. Med.*, 21 apr. — N. LEOTTA. Le grandi emorragie gastro-intestinali in rapporto all'ulcera dello stomaco e del duodeno.

*Pediatria*, 1 mag. — L'« ospedalismo » del lattante.

*Cl. Med. It.*, mar. — E. BUCCIANTI. Rilievi elettrocardiografici nell'ipertensione arteriosa. — U. BASSI. Le porfirine nella patogenesi della pellagra.

*Journ. de Méd. Franç.*, apr. — Numero sull'arteriografia.

*Paris Méd.*, 5 mag. — Numero sulle malattie del cuore e dei vasi.

*Deut. Med. Woch.*, 11 mag. — Numero semimonografico sul cancro.

*Bull. Ac. Méd.*, 1 mag. — RIST. Silicosi. — BLANC e al. Vaccinaz. contro il tifo esantemat.

*Klin. Woch.*, 12 mag. — A. OSWALD. Emopatie e increti. — TIEMANN e G. SCHMIDT. Infezioni focali da denti.

*Münch. Med. Woch.*, 11 mag. — A. STÖRMER. L'astenia costituzionale e il suo trattam. — J. ZANGE. L'afonia.

*Lancet*, 12 mag. — E. C. DODDS. Gli ormoni e loro relazioni chimiche.

*Journ. Nerv. a. Ment. Dis.*, mag. — A. CONRAD. Studio psichiatrico degli ipertiroidei.

*Cl. Med. It.*, apr. — G. FERRARI. Biliribinemia. — C. SCAGLIONI. Crasi sanguigna dei nefropatici.

*Amer. Journ. Med. Sc.*, mag. — W. BOYD. Rapporti tra policitemia e ulcera duoden. — T. GROER MILLER e W. OSLER ABBOTT. Intubazione intestinale. — B. P. RALLI e al. Anidremia nel coma diabetico. — G. C. GRIFFITH. Pressione venosa. — J. R. MERRIMAN. Nuovo metodo per indurre calore nei tessuti.

*Riv. San. Sicil.*, 1 mag. — A. DI GRAZIA. Colpo di calore e alcalosi.

*Giorn. di Cl. Med.*, 30 apr. — L. RONCORONI. Funzioni psichiche e base anatomica.

*Rass. Internaz. di Clin. e Ter.*, 30 apr. — Stazioni idrominerali d'Italia.

*Morgagni*, 8 apr. — DE ROBERTIS. Antagonismo dell'adrenalina con la johimbina e azione ipotensiva della johimbina.

*Rev. Sud.-Amér. de Méd. et Chir.*, mar. — J. P. LOPES PONTES. Forma surrenale della malaria: sindrome di Fraga.

*Wien. Klin. Woch.*, 18 mag. — PÖTZL. Aumento dell'apoplessia tra i giovani. — KARÁDY. Sensibilità all'istamina.

*Rinasc. Med.*, 15 mag. — E. PEZZA. Granuloma maligno. — A. PONCHÉ. Ritmo e frequenza del respiro nella meningite tbc. del lattante.

*Amer. Journ. Obst. a. Gyn.*, mag. — J. HOFBAUER. Leucoplasia della cervice uterina e carcinoma iniziale. — J. R. GOODALL. Edema pelvico. — J. W. MULL e F. M. KINNEY. Calcio e fosforo nel siero durante la gravidanza.

*Journal A. M. A.*, 5 mag. — B. H. ARCHER. Artrite cronica non specifica. — E. D. HAMER. Nevralgia sciatica.

*Deut. Med. Woch.*, 18 mag. — KÖNIG. Per diminuire le trombosi ed embolie post-operatorie.

*Arch. Méd.-Chir. App. Resp.*, 1. — Numero sul frenico e la frenicectomia.

*Presse Méd.*, 18 mag. — R. DEBRÉ e A. BUSSON. Vitamina A e stati patologici. — R. LEVEN. La cellulite addominale.

*Klin. Woch.*, 19 mag. — H. W. KNIPPING. Anossiemia. — A. BÖGER e G. W. PARADE. Embolia coronaria.

*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 apr. — R. FABRE. Affanno e termoregolazione.

*Arquivos da Esc. Med.-Cir. de Nova Gôa*, 5. — Numero sulla malaria.

*Forze Sanit.*, 20-30 apr. — Numero sulla casa rurale.

*Clinica Chir.*, apr. — V. CONSIGLIO. L'ernia inguino-superficiale congenita. — A. DE BLASI. Sulla reazione attuale del pus.

*Giorn. di Batteriol. e Immun.*, mag. — C. NINNI e T. DE SANCTIS-MONALDI. Immunità paraspecifica da BCG. — A. JONA. Gonodeviazione. — L. LA GRUTTA. Potere anticomplementare del siero.



## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, Resp.

**Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.**

ANNO XLI — Roma, 6 Agosto 1934 - XII — Num. 31

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
Direttore: Prof. LUIGI TORRACA.

### Azione del fenolo sul connettivo e sui muscoli del coniglio.

Dott. GAVINO IESU, assistente.

Nell'ottobre 1932 comunicai alla Società Italiana di Chirurgia, a Roma, alcune ricerche sulle alterazioni arteriose consecutive a simpaticectomia chimica; e in quella circostanza ebbi sperimentalmente a constatare che la soluzione di acido fenico al 5 %, applicata all'avventizia arteriale, non induceva in essa complicanze di sorta. E che quindi, se i risultati clinici fossero stati eguali a quelli ottenuti con il denudamento della tunica avventizia secondo la tecnica di Leriche, certamente la Doppler avrebbe potuto essere molto utile alla pratica chirurgica, giacchè non avrebbe esposto l'ammalato ai pericoli operatorii, che si sono verificati in qualche caso nei primi giorni dell'intervento alla Leriche: chiazze di necrosi della parete con consecutiva rottura vasale (Kreuter, Milko), con esito in emorragie anche mortali (Maton).

In quell'epoca, studiando le pareti dell'arteria sottoposta all'azione del fenolo al 5 %, notai che già dopo 10 giorni nella parete arteriosa andavano ripristinandosi delle condizioni speciali che terminavano con una completa *restitutio ad integrum* di essa; fatto, questo, di grande importanza, perchè prova che l'intervento alla Doppler non arreca alla parete arteriosa alterazioni necrotiche notevoli. A distanza di quindici mesi dalla mia comunicazione alla Società Italiana di Chirurgia è apparsa nel « Policlinico » una memoria del Palmieri, la quale conferma i miei risultati: e cioè, che i processi rigenerativi che si producono nella parete di un'arteria trattata con la simpaticectomia alla Doppler, nel cane, sono più rapidi che nella simpaticectomia alla Leriche; mentre non si ha a lamentare alcun pericolo operatorio dal primo tipo d'intervento.

Scarse sono state le ricerche cliniche atte a

risolvere il problema se la interruzione chimica del simpatico perivasale avesse in alcuni casi uguale esito di quella chirurgica; giacchè, se ciò fosse da tutti confermato, i chirurgi potrebbero fare affidamento su di un processo operatorio efficace e scevro di pericoli. Tanto più in quanto dai miei precedenti esperimenti ho potuto notare che alla simpaticectomia periarteriosa alla Doppler non segue mai, nel cane, trombosi nel tratto di arteria inficiata: trombosi che invece era stata quasi sempre osservata dai miei precedessori di laboratorio (Piscitelli, Gargano, Simeoni); il quale ultimo, sebbene non ne parli, pure riproduce delle microfotografie che dimostrano tale evenienza nella Leriche. Ora, se la trombosi mette il tratto di arteria operato in uno stato di relativo riposo, favorendo nella parete vasale quei processi di rigenerazione che mettono capo alla *restitutio ad integrum*, dal punto di vista della terapia chirurgica, invece, rappresenta un fattore poco favorevole a modificare la sindrome clinica per la quale è stato praticato l'intervento: infatti, se si verificasse come di consueto nelle prime 24-48 ore dall'atto operatorio, finirebbe per non modificare il regime simpatico e quindi per rendere inutile l'operazione.

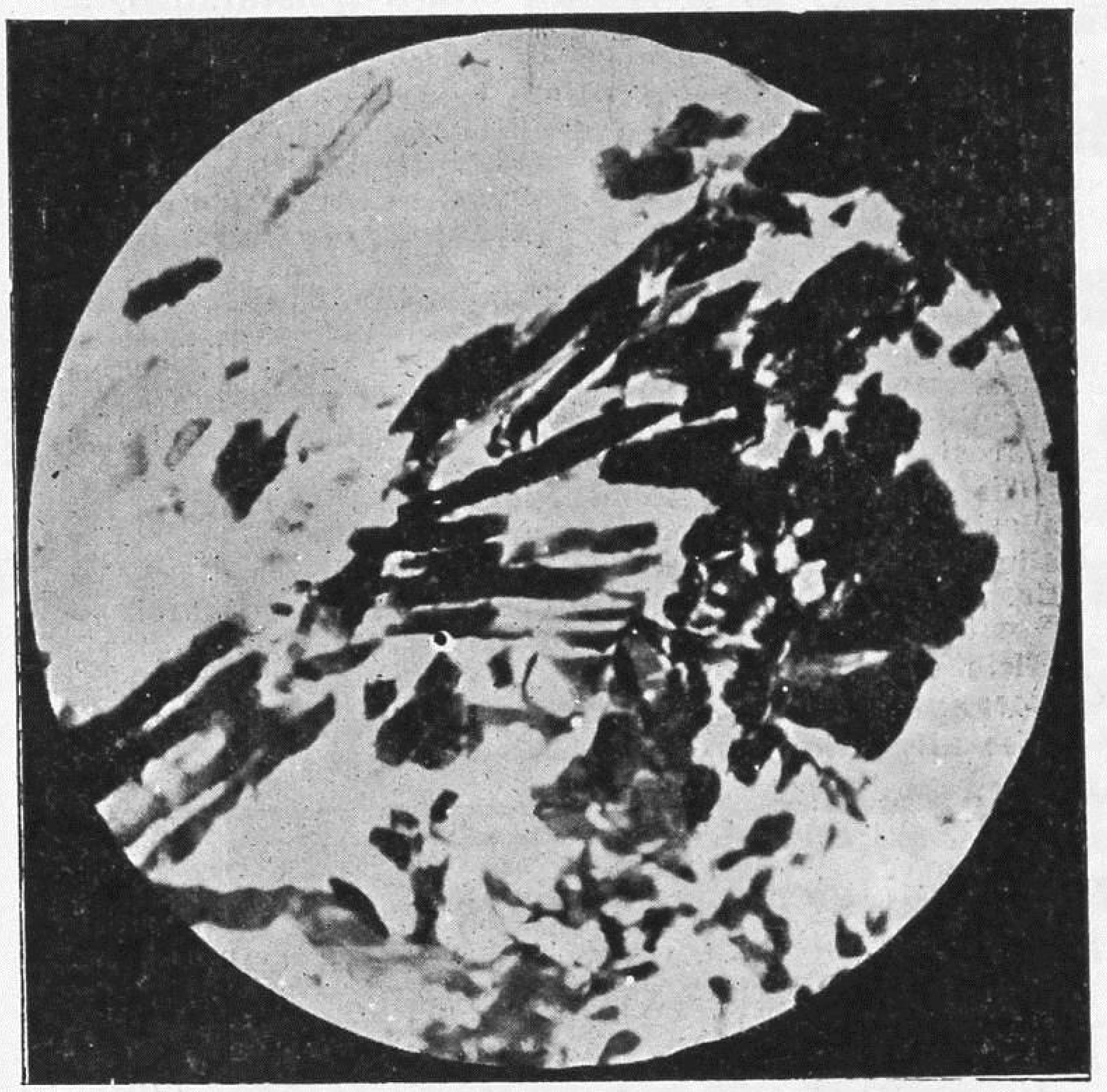


FIG. 1. — Tessuto connettivo (10 giorni).



FIG. 2. — Tessuto connettivo (10 giorni).

Nella letteratura, la bibliografia è muta per quanto riguarda il meccanismo d'azione della soluzione di fenolo sulla parete dell'arteria; ho creduto per ciò utile istituire delle ricerche, iniettando nel tessuto connettivo e in alcuni gruppi muscolari del coniglio quantità variabili di soluzione di fenolo al 5 %, per stabilire le alterazioni che il farmaco in parola avesse potuto indurre in questi tipi di tessuto. Con una comune siringa di Pravatz ho introdotto sia nel connettivo sottocutaneo che nelle masse muscolari dell'animale una soluzione di fenolo al 5 % in quantità variabili da 1 a 4 cc., eseguendo poi un massaggio della zona, affinchè il liquido si fosse equamente distribuito. Ho sacrificato gli animali a periodi di tempo identici a quelli dei miei precedenti esperimenti; e cioè, al decimo, al ventesimo e al trentesimo giorno dall'intervento; ed i pezzi di tessuto prelevato sono stati fissati in liquido di Zencker. Nel prelevamento del connettivo sottocutaneo così trattato non ho avuto a rilevare casi di necrosi appariscente; anzi, il tessuto in parola ha un aspetto macroscopicamente normale, in ispecie nei prelevamenti al ventesimo e al trentesimo giorno; in quelli, invece, effettuati al decimo giorno, esso sembra un poco edematoso.

Sebbene i processi istopatologici osservati, sia nel tessuto connettivo che muscolare, siano della medesima natura, pure credo utile descriverli separatamente.

Nello stroma del tessuto connettivo, al decimo giorno, si rinvengono dei frammenti, sia di connettivo che di tessuto muscolare, spezzettati e apparentemente spostati, sicchè in qualche punto si sovrappongono al tessuto circostante; essi assumono intensamente una

colorazione mista fra il bleu e il rosa nella doppia colorazione all'emallume-eosina. Questi frammenti connettivali e muscolari, che

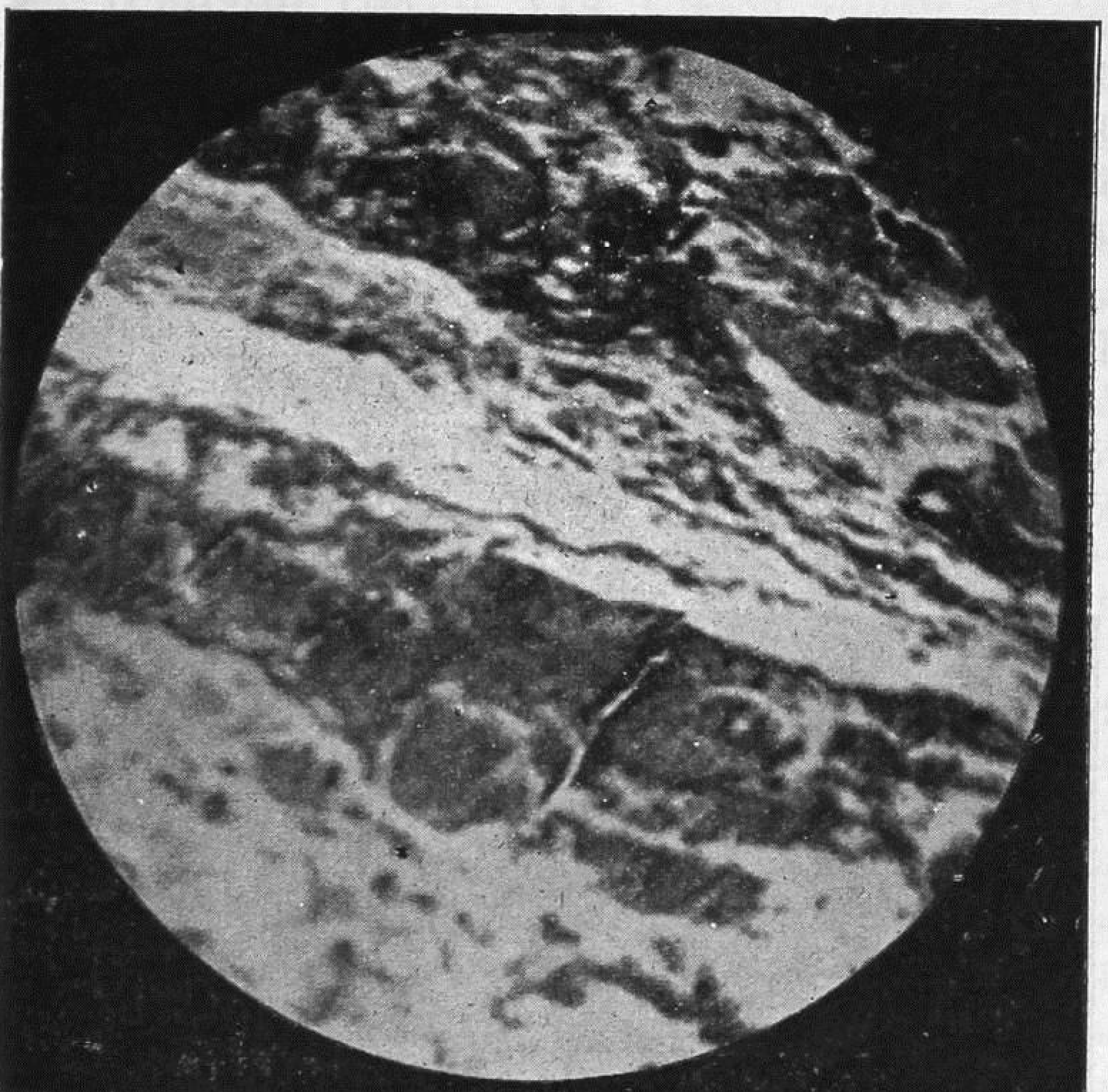


FIG. 3. — Tessuto connettivo (20 giorni).

godono di questa anfofilia, hanno la morfologia propria di brandelli di tessuto mortificati, i quali si trovano disseminati senza un ordine

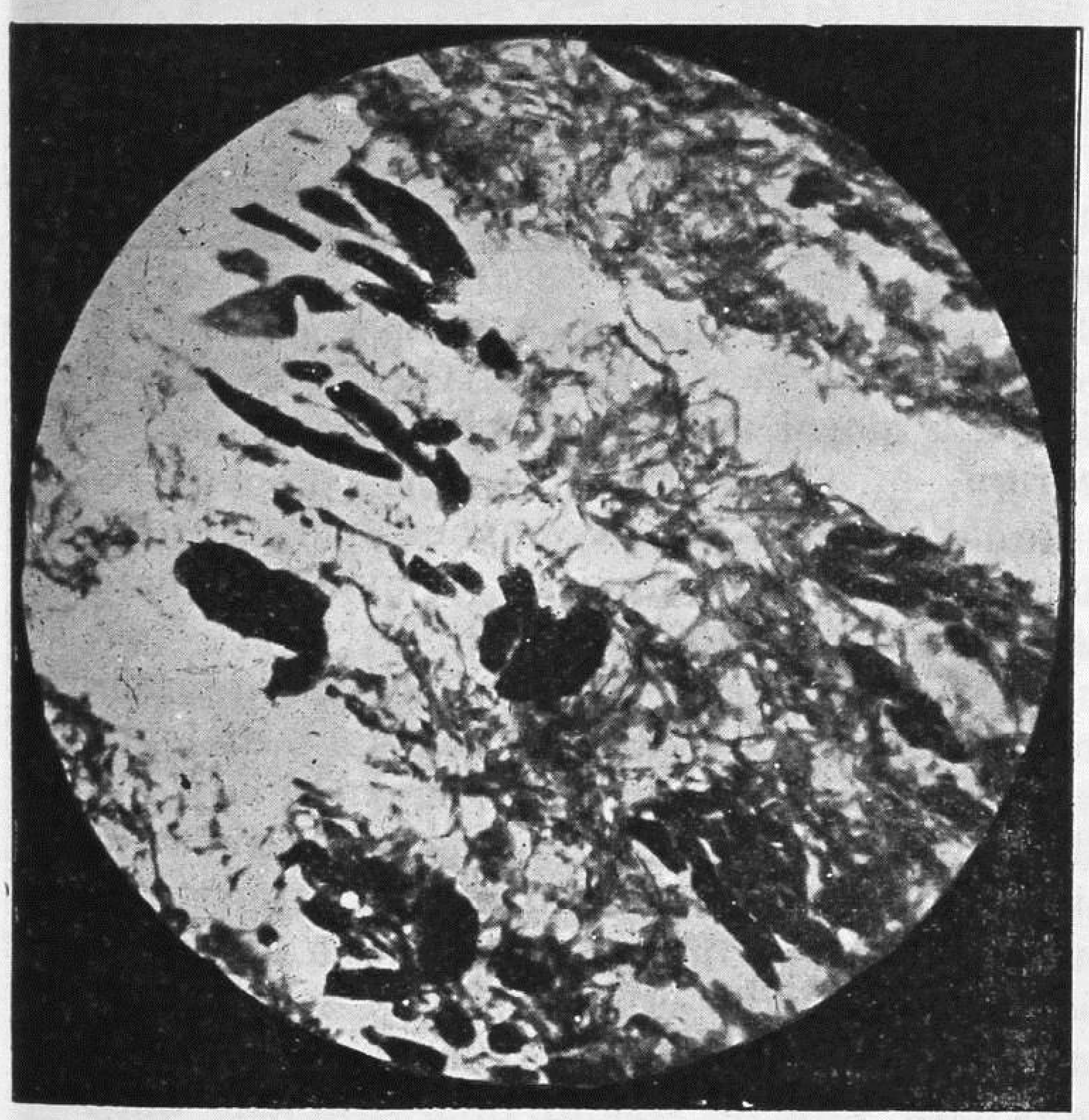


FIG. 5. — Tessuto connettivo (30 giorni).

prestabilito nello stroma connettivale; ed è notevole anche il fatto che, là dove questi brandelli sono in numero maggiore, non si osserva una reazione stromatica degna di rilievo; assenza completa di fagocitosi ed assenza di vasellini sanguigni di nuova formazione. Lo

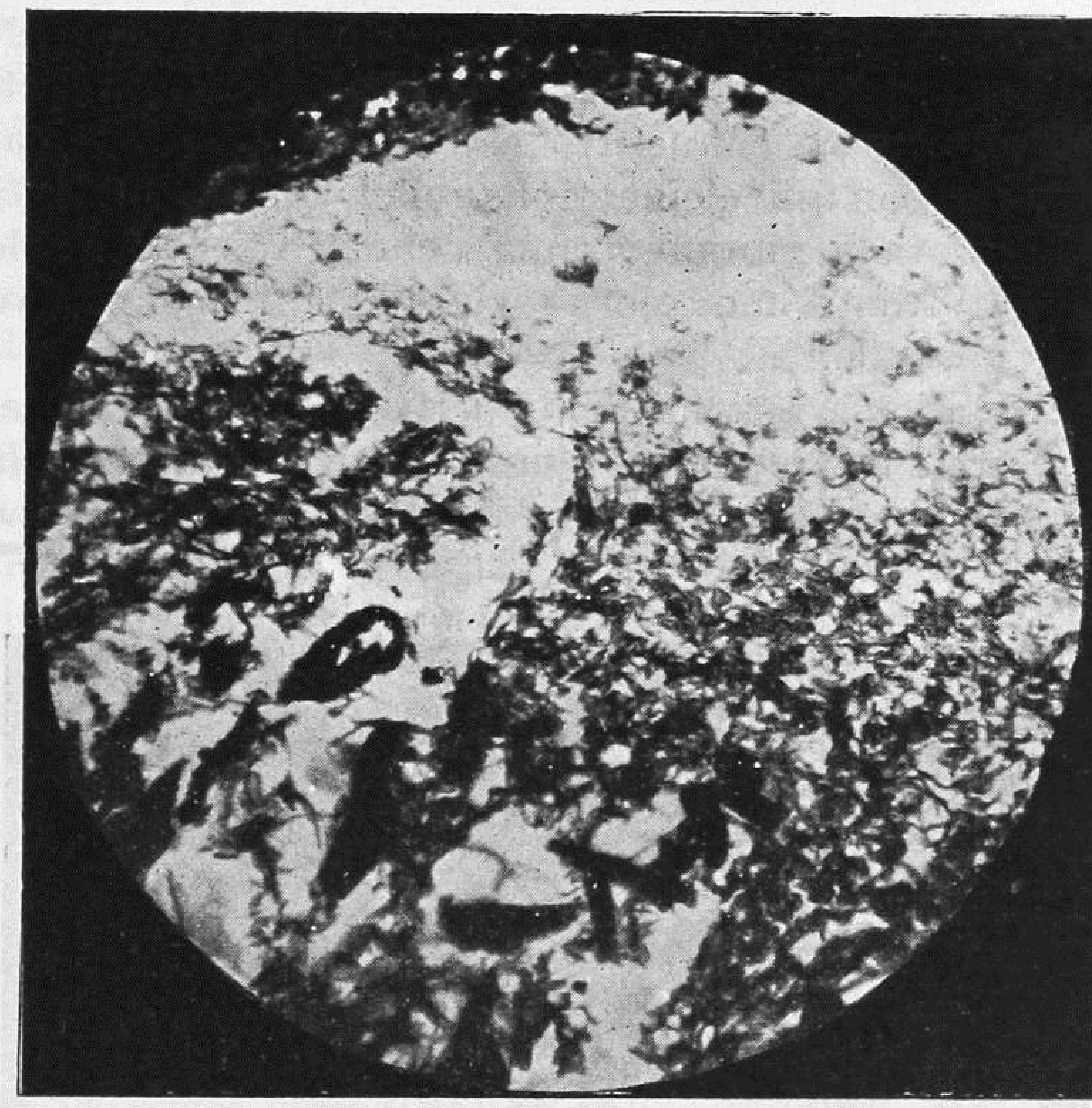


FIG. 4. — Tessuto connettivo (30 giorni).

stroma risulta costituito di sottili fibrille connettive, intrecciate variamente, le quali presentano una certa dissociazione fra loro, tanto

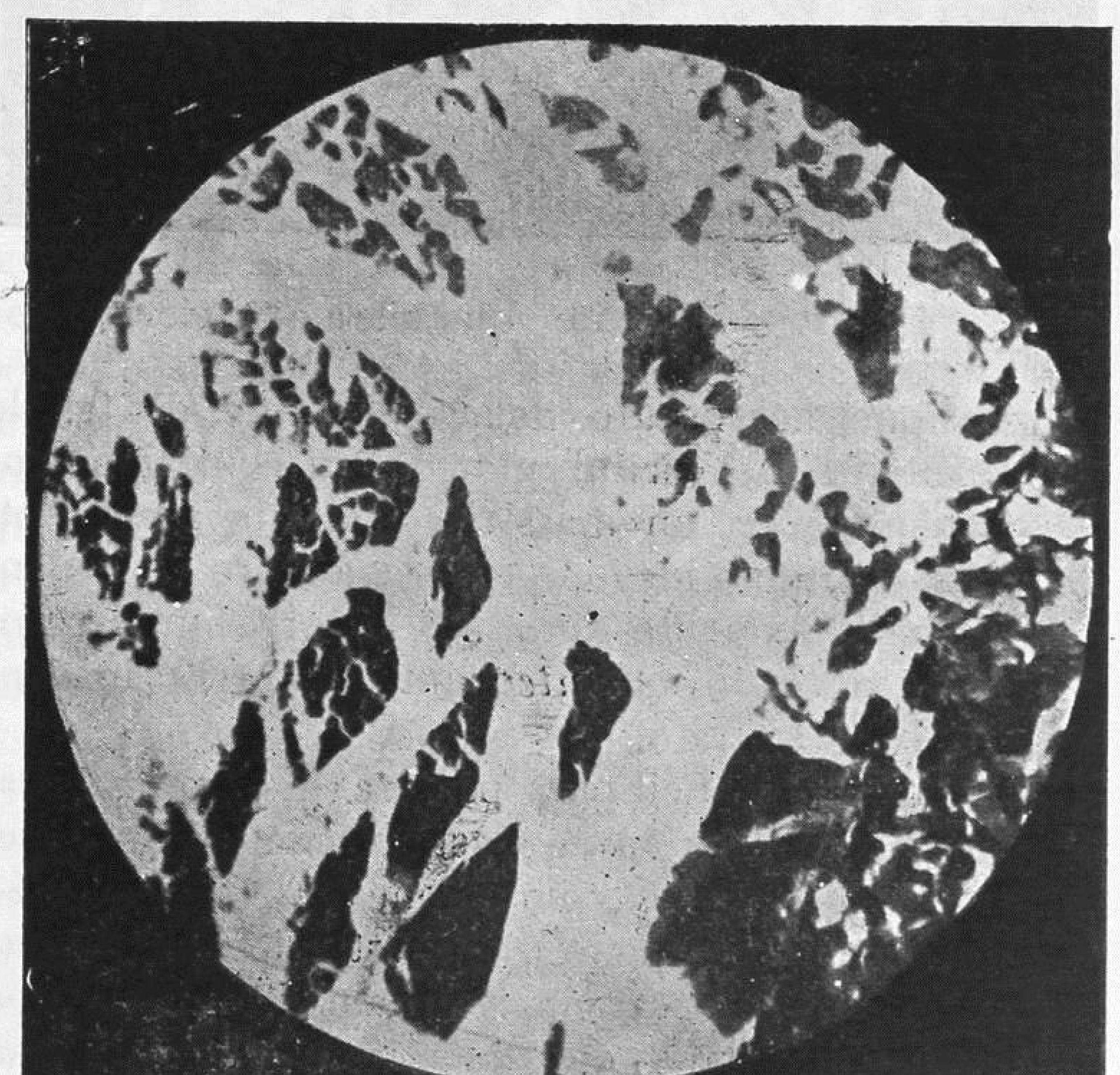


FIG. 6. — Tessuto muscolare (10 giorni).

da circoscrivere numerosi piccoli spazii vuoti, che nei preparati appaiono di colorito trasparente.

Questo reperto, osservato al decimo giorno, nei preparati al ventesimo e al trentesimo giorno cambia notevolmente; in quelli del ventesimo giorno si riscontrano parecchi vasellini di nuova formazione, intorno ai quali si notano fenomeni di diapedesi; e i fagociti finiscono per inglobare i frammenti mortificati di tessuto connettivo e muscolare e per creare, con gli elementi fissi del connettivo, una nuova e giovane trama connettivale, la quale al trentesimo giorno riproduce il connettivo normale.

L'osservazione dei reperti al decimo, ventesimo e trentesimo giorno dall'intervento alla Doppler mi permette di poter affermare che l'azione necrosante della soluzione di fenolo è intensa nei primi giorni consecutivi all'intervento, con un massimo d'azione verso l'ottavo-decimo giorno, per poi andare regredendo gradatamente fino ad indurre una completa *restitutio ad integrum* del territorio connettivale trattato.

Ho voluto del pari portare la mia osservazione sopra le fibre elastiche del connettivo, servendomi della colorazione del Weigert; ed ho notato che anche in questi elementi avviene una mortificazione, la quale si appalesa con la perdita della elasticità delle fibre in parola; queste prendono un aspetto rettilineo e non disordinato. Nelle preparazioni di pezzi prelevati al ventesimo e al trentesimo giorno si ha sempre, anche per esse, la eliminazione dei pezzi mortificati per opera di processi fagocitarii ed il ripristino della elasticità di quegli elementi non completamente alterati o degli elementi elastici rigenerati.

Questo dato osservato nel connettivo sottocutaneo dei conigli (e che credo si svolga con la medesima sequela anche nel connettivo di altri animali) mi permette di poter affermare che nella simpaticectomia periarteriosa alla Doppler il fenolo ha sull'avventizia dell'arteria una reale influenza, leggermente necrosante, sia per gli elementi connettivali che per quelli elastici; e che, dopo un periodo di tempo relativamente breve, in questi tessuti si svolgono dei processi di natura rigenerativa, che portano in uno spazio di tempo non superiore ai trenta giorni una completa *restitutio ad integrum*.

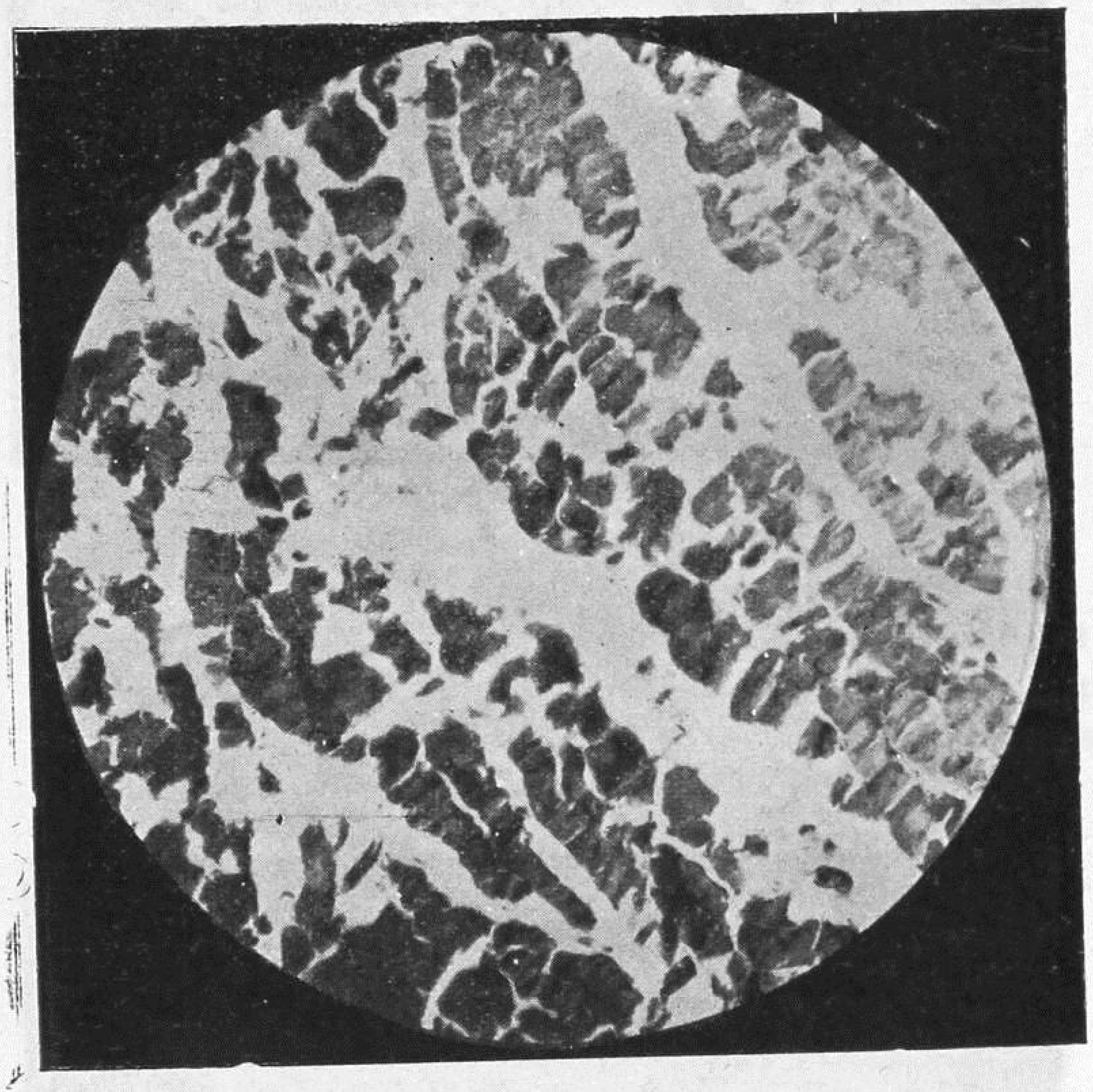


FIG. 7. — Tessuto muscolare (20 giorni).

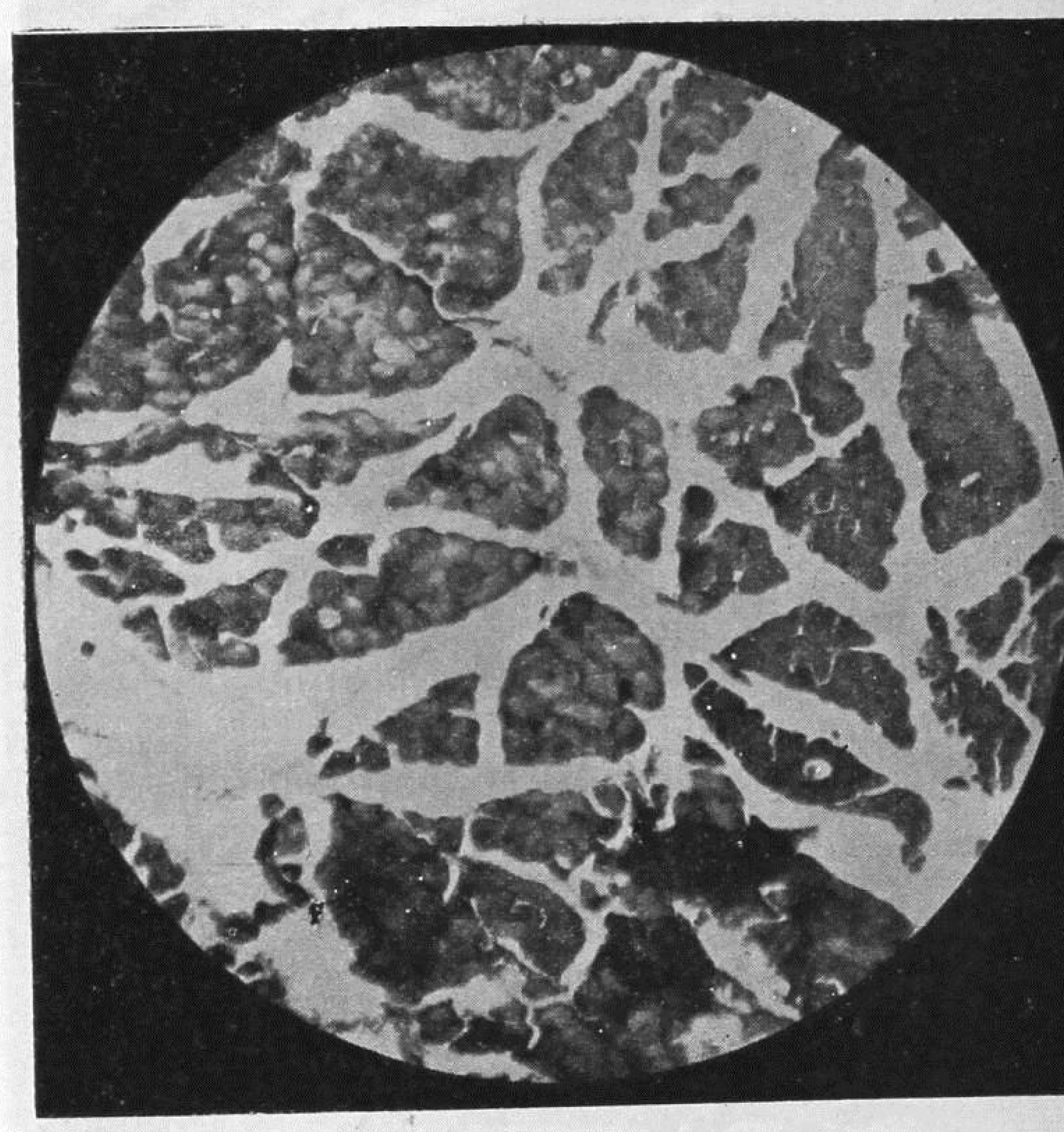


FIG. 8. — Tessuto muscolare (30 giorni).

Le alterazioni che avvengono nei muscoli sono un poco più complesse di quelle studiate nel connettivo sottocutaneo.

Dopo dieci giorni dall'iniezione nel muscolo di una certa quantità di soluzione di fenolo al 5 % si riscontrano delle dissociazioni delle fibrille muscolari, che dimostrano come le prime alterazioni si stabiliscano in rapporto al sarcolemma del muscolo. A questa dissociazione delle fibrille muscolari non segue nelle cavità prodottesi una penetrazione di elementi fagocitari. E nelle sezioni microscopiche questa dissociazione è molto evidente, perchè attraverso sezioni trasversali, longitudinali ed oblique del muscolo è agevole poter studiare tutte le alterazioni che avvengono nel tessuto

muscolare striato. Oltre la dissociazione, si rinvengono molti fascetti di fibrille primitive mortificate e spezzettate. Nelle colorazioni di contrasto con il Van Gieson queste fibrille non prendono la elettiva tinta gialla data dall'acido picrico, ma una tinta rosso-bleu, dovuta evidentemente ad un miscuglio del colore nucleare (l'emallume) e del colore protoplasmatico (la fucsina). Dove evidentemente il fenolo ha avuto una azione più duratura, questo spezzettamento è più evidente e prova che in tal sede i processi verificatisi non sono suscettibili di regressione. In un secondo tempo (venti giorni) attorno a queste fibrille muscolari dissociate si hanno a constatare nel sarcolemma dei processi flogogeni reattivi: si notano, cioè, dei piccoli vasellini capillari di nuova formazione e numerosi piccoli elementi deputati alla fagocitosi del tessuto mortificato. Studiando ad un più forte ingrandimento queste fibrille muscolari, si nota che in esse si verifica la perdita della striatura e tutta la fibrilla appare come costituita da una massa citoplasmatica oscura e granulosa, nella quale non è nemmeno agevole mettere in evidenza i nuclei.

Nei preparati di muscoli prelevati al trentesimo giorno, contrariamente a ciò che ho avuto occasione di poter rilevare a carico del tessuto connettivo, non si appalesa una *restitutio ad integrum;* si trovano ancora fibrille muscolari non fagocitate e, nel luogo di queste che sono andate incontro a tale processo, si osserva un giovane tessuto connettivo neoformato.

L'Amati, studiando la rigenerazione delle fibre muscolari striate nel coniglio, potè stabilire che dopo tre giorni, ai margini della ferita occupata dal coagulo sanguigno e da elementi immigrati, le fibre muscolari presentano i classici rigonfiamenti claviformi costituiti dal sarcoplasma, nel quale si trovano nuclei in gran numero; la proliferazione dei nuclei, che avviene per divisione diretta, si fa più intensa nel quarto e quinto giorno. Verso il settimo-ottavo giorno gli ingrossamenti a clava perdono la loro forma tondeggiante e si allungano gradatamente; dopo 10-12 giorni, quando si tratta di perdite di sostanza molto piccole, o un po' più tardi, quando l'allontanamento dei monconi sia un po' più notevole, si osserva la riunione capo a capo delle fibre provenienti dalle due superfici di taglio. Più tardi, un numero sempre maggiore di fibre muscolari si vede attraversare il giovane tessuto connettivo che riunisce i due monconi, fino a che, a 66-70 giorni dalla lesione, la cicatrice si presenta completamente muscolarizzata, il connettivo è quasi completamente scomparso e la ferita è resa evidente soltanto dall'interruzione dell'aponevrosi, che nella ferita è sostituita da un connettivo giovane e dall'irregolare decorso delle fibre muscolari. Soltanto quando l'allontanamento dei monconi sia tanto grande che il tessuto di cicatrice arrivi a coartarsi prima che le fibre muscolari riescano ad attraversarlo, la cicatrice rimane costituita da tessuto connettivo, sul quale si impiantano gli estremi delle fibre muscolari striate recise nella lesione.

Le ricerche dell'Amati si riferiscono agli esiti di ferite da taglio asettiche prodotte sui muscoli del coniglio; nelle mie ricerche, invece, non si è verificato la medesima successione di fatti rigenerativi, durante l'osservazione di 30 giorni, perchè l'azione del fenolo, determinando una maggiore estensione di tessuto danneggiato, ha provocato una maggiore reazione connettivale e quindi un ostacolo alla rigenerazione muscolare.

## RIASSUNTO.

L'A., continuando le sue ricerche sulla simpaticectomia periarteriosa alla Doppler, ha istituito una serie di esperimenti, iniettando soluzione di fenolo al 5 % nel connettivo sottocutaneo e nelle masse muscolari della coscia dei conigli, allo scopo di studiare il meccanismo d'azione della soluzione di fenolo sulla parete dell'arteria.

Ha potuto notare che le alterazioni che avvengono nel connettivo sottocutaneo sono relativamente di breve durata e che, al trentesimo giorno, di esse non residuano reliquati, avendosi una quasi completa *restitutio ad integrum*. Le alterazioni, invece, che avvengono nel tessuto muscolare sono più durature; esse portano ad una mortificazione e ad uno spezzettamento delle fibrille muscolari, le quali sono eliminate in seguito a processi fagocitarii. Non ha mai osservato una rigenerazione delle fibre muscolari, distrutte dal fenolo, durante l'osservazione istologica protratta fino a 30 giorni.

## BIBLIOGRAFIA.

Doppler K. *Ueber die Sympathicusausschaltung auf chemischem Wege (mittels Phenol)*. Med. Klin., n. 15, S. 547, 1925.

Id. *Ueber den Effekt der chemischem Sympathicusausschaltung der Hodenarterien*. Wien. Klin. Wochen., n. 50, S. 1327, 1925.

Id. *Die Sympathicodiaphterese (chemische Sympathicusausschaltung) an der A. femoralis*. Med. Klin., n. 51, S. 1954, 1926.

Iesu G. *Ricerche sulle alterazioni arteriose consecutive a simpaticectomia chimica*. Atti della Soc. Ital. di Chirurgia, 1932.

Palmieri E. *Rigenerazione della tunica avventiziale nella simpaticectomia periarteriosa alla Doppler*. Il Policlinico, Sez. Chir., a. XLI, n. 3, 15 marzo 1934.

# NOTE E CONTRIBUTI

## Rachianestesia e paralisi progressiva

per il dott. GIUSEPPE LA CAVA, Roma.

« Et la rachianéstesie? Dès ses debuts elle me fut suspecte: il me semblait que, si au cours des temps et dans leur évolution, les espèces qui ont surveçu sont celles qui ont su mieux cacher leur moëlle sous la peau, sous les muscles, dans un étui osseux, sous une couche de liquide et sous des triples méninges, c'est que cette moëlle est d'une substance particulièrement délicate; donc, il ne doit pas être indifférent de la plonger dans un bain de poison ».

Così si esprimeva Reclus all'inizio di questo secolo. L'esperienza di 30 anni ha dimostrato che i timori del chirurgo francese erano in gran parte infondati. Spentasi l'eco delle vivaci polemiche che il nuovo metodo aveva suscitate, riconosciuta l'innocuità in genere della puntura lombare e la rarità di eventuali lesioni anatomiche o di infezioni meningee, sostituita la cocaina con liquidi meno tossici, quali la stovaina, la novocaina, ecc. la rachianestesia, pur contando ancora dei nemici irriducibili, è diventata ormai uno dei mezzi più diffusi di anestesia di cui il chirurgo disponga: al senso di sfiducia ed anche di ostilità che aveva accolto all'inizio il nuovo metodo, è ora subentrato un senso di sicurezza, forse eccessiva, sulla assoluta innocuità di esso, sì che oggi la R. A. viene da alcuni chirurgi praticata in maniera *rutinaria* e cioè senza quei criteri direttivi che devono essere regola costante nella scelta del genere di anestesia che è più conveniente al singolo caso.

Eppure, malgrado le numerose ricerche tendenti a stabilire l'origine dei disturbi da R. A. ed il miglior modo per prevenirli e combatterli, gli inconvenienti a cui essa dà luogo, se sono di molto diminuiti specialmente dopo la adozione di anestetici meno tossici e di soluzioni ipobariche meno diffusibili, pure non possono dirsi del tutto eliminati: le cefalee, i vomiti, le elevazioni di temperatura, le paralisi degli sfinteri e dei muscoli oculari che non molto raramente si osservano in seguito alla R. A., fanno pensare che il « bain de poison » di cui parla Reclus non sia del tutto privo di conseguenze.

Su di una di tali possibili conseguenze ha molto recentemente richiamata l'attenzione Faure-Beaulieu, il quale riferisce il caso di un individuo, operato nel 1924, sotto R. A., di gastroenterostomia per gastralgie periodiche. Il reperto operatorio a carico dello stomaco era però negativo: subito dopo l'intervento il p. presentò anestesia degli arti inferiori e gravi disturbi degli sfinteri i quali, anzichè sparire come di solito avviene per i disturbi post-anestetici permasero dopo d'allora invariati, senza che il paziente se ne preoccupasse eccessivamente.

Esaminato dall'A. nell'ottobre 1933, per sopravvenuti disturbi della parola e modificazioni del carattere, si potè accertare, sia clinicamente che con le opportune ricerche di laboratorio, che il paziente era affetto da tabe già di vecchia data e da paralisi progressiva incipiente.

L'A. nel discutere il caso, ammette che i disturbi degli sfinteri manifestatisi subito dopo la R. A. siano da attribuire, senza alcun dubbio, alla azione tossica esercitata dalla novocaina, ma che la loro persistenza per degli anni debba essere invece ascritta alla tabe, da cui il p. era già affetto al momento dell'intervento, essendone le crisi gastriche forse l'unico sintomo appariscente.

« Tutto permette di pensare — conclude il Faure-Beaulieu — che il tossico impregnando il midollo sacrale, lo abbia sensibilizzato al processo tabetico ed abbia contribuito a localizzarlo, a fissarlo e conferirgli una gravità tutta particolare ».

L'osservazione fatta dall'A. francese ci ha spinto a rendere noto il seguente caso:

V. S., a. 51. Ha sempre goduto buona salute. Da qualche tempo disturbi emorroidari. Viene operato (in casa privata) il 3 ottobre 1932 per emorroidi sotto rachianestesia. Subito dopo l'intervento cefalea intensa, e ritenzione di urina per cui il p. viene cateterizzato. Tale disturbo persiste per circa due settimane, richiedendo numerose cateterizzazioni: segue un breve periodo di incontinenza (il p. perdeva le urine senza accorgersene) ma anche questo sparisce.

A metà dicembre 1932 il p. ci viene ricondotto dalla moglie la quale, da qualche tempo (dalla fine di novembre e cioè meno di due mesi dopo l'intervento) aveva notato in lui delle curiose amnesie (aveva perduto il cappotto, dimenticava qua e là le proprie cose) ed un certo cambiamento del carattere (facile irritabilità, prodigalità) pur attendendo egli tuttora alle sue occupazioni (ufficio). Ed infatti il p. si mostra a noi profondamente cambiato: mentre prima presentava il caratteristico aspetto stanco, trasandato e curvo dell'impiegato oberato dal peso del lavoro e della famiglia, egli ora ci viene davanti eretto sul tronco, elegante di una eleganza ricercata, facile alla chiacchiera, sicuro di sè stesso, della sua salute, della sua ricchezza.

Il quadro era troppo tipico perchè dovesse sfuggirne il suo vero significato. Mettiamo sull'avviso la moglie del nostro sospetto, e consigliamo di praticare la W. R. nel sangue (che risultò positiva) e di accompagnare il p. all'ambulatorio della R. Clinica Neuropsichiatrica, dove infatti il paz.

viene ricoverato il 15-1-33 con diagnosi di demenza paralitica.

Togliamo dalla cartella clinica ivi esistente le note più salienti.

Padre vivente, madre morta a 65 a. per malattia imprecisata, un fratello e tre sorelle viventi e sani. Nega lues e malattie veneree. Ha sempre goduto buona salute (dalla cartella non risulta l'atto operativo che il paz. aveva subito). Ammogliatosi a 30 anni, la moglie non ha avuto aborti: ebbe nove figli di cui sette viventi e sani: il primogenito morì pochi giorni dopo la nascita, il terzogenito visse un solo giorno; ambedue presentavano croste e bolle al viso.

*Esame neurologico* (riportiamo i soli dati positivi): lieve tremore bilateralmente nell'atto di digrignare i denti. All'esame del linguaggio, disartria delle parole più difficili, accenno all'Argyll-Robertson. La pupilla destra è un poco più ampia della sinistra. Il resto dell'esame obiettivo è completamente negativo.

*Esame psichico*: Rivela rallentamento della percezione, facile distraibilità, alterazioni della memoria mediata e immediata. Nel corso dell'esame si rivela facile esauribilità. Nel calcolo il p. compie errori anche grossolani. Per ciò che riguarda la malattia il p. mostra apatia, dice di sentirsi molto bene e non si rende conto di trovarsi in Clinica. Si interessa poco dello ambiente, talvolta è euforico.

*Esami sangue*: W. R. positiva; Takata-Ara positiva a tipo metaluetico.

*Esame liquor*: albumine totali 0,50 %, Pandy 3, Nonne 3, Weilbrochdt 3. Reazione del mastice (Goebel): curva tipo demenza paralitica.

*Esame urine*: alb. ass.; gluc. assente.

Nella Clinica il p. viene sottoposto a piretoterapia mediante iniezioni di piretamina. Il 13 marzo 1933 esce dalla Clinica per continuare la cura a casa. Neurologicamente: condizioni stazionarie. Condizioni generali migliorate, contegno corretto, minore eccitabilità, memoria più corretta ma sempre deficitaria. Manifesta idee di grandezza.

Tornato a casa il miglioramento persiste tanto che il p. riprende il suo lavoro d'ufficio: nel frattempo viene sottoposto a cure arsenobenzoliche.

Tale periodo di calma dura fino al 22 giugno, quando, in apparente stato di benessere, mentre andava all'ufficio, il p. viene colpito da tre crisi epilettiformi, a breve distanza l'una dall'altra. Viene di nuovo internato in Clinica Psichiatrica il 25 giugno, in stato confusionale e lieve irrequietezza.

Il 26 verso le ore 13 il p. improvvisamente si è agitato, ha tentato di fuggire, si è violentemente ribellato al personale di assistenza. È stato necessario assicurarlo. Il 27 giugno persiste agitazione psicomotoria grave. Si lamenta ed urla ad alta voce. Non risponde a nessuna domanda, nè si riesce a fargli comprendere gli ordini più elementari. Inveisce contro chiunque si accosti al suo letto. Viene trasferito al Rep. Psichiatrico ove viene a morte il 1° luglio 1933.

Si tratta dunque di un p. il quale, prima di essere sottoposto ad un intervento per emorroidi sotto R. A., si trovava in buone condizioni di salute e che, subito dopo l'atto operativo, presenta disturbi degli sfinteri della durata di circa due settimane e, dopo poco più di un mese, la sintomatologia tipica della paralisi progressiva, la quale decorre in maniera rapida e grave, conducendolo a morte in circa 6 mesi.

Il caso da noi descritto si presta a varie considerazioni.

Anzitutto, quale rapporto esiste fra l'intervento sotto R. A. al quale il p. è stato sottoposto e l'esplodere del quadro clinico della demenza paralitica? Si tratta di una semplice coincidenza o esiste un qualche nesso causale fra i due dati di fatto?

Escludere in maniera perentoria la prima ipotesi è naturalmente impossibile, come è impossibile nel campo clinico, che non è quello sperimentale, ogni affermazione o negazione assoluta.

Ma se è vero che il clinico non deve mai lasciarsi trascinare dal troppo deprecato *post hoc ergo propter hoc*, è pur vero che egli non deve cadere nell'eccesso opposto, riferendo tutto al caso e disconoscendo l'elemento più importante per stabilire un rapporto di causalità, la successione cronologica.

D'altra parte una serie di argomentazioni cliniche e di dati desunti dalla letteratura fa pensare che il rapporto fra la R. A. subita dal paziente e l'esplodere del quadro della demenza paralitica non sia stato solo un rapporto di tempo.

È noto come la paralisi progressiva ed in genere le affezioni metaluetiche del sistema nervoso presentino uno stadio di latenza, altrimenti detto *stadio preclinico*, di durata varia, anche di anni, durante i quali la sintomatologia clinica resta silente: in tali casi l'esistenza della malattia può essere accertata soltanto mediante un accurato esame del liquor (W. R., reazioni colloidali, ecc.). Quale sia la vera essenza anatomopatologica ed il significato clinico di questo stadio latente, è difficile dire: si ha quasi l'impressione di un equilibrio instabile, di una malattia allo stato potenziale, di un fuoco che covi sotto la cenere e che basta smuovere per veder divampare: la malattia, sotto l'influenza di una causa scatenante qualsiasi (trauma, intossicazione, infezione aggiunta, ecc.) da potenziale diventa attuale, il quadro clinico da latente patente.

Le discussioni sul determinismo patogenetico della lues nervosa non sono ancora cessate: il fatto che la neurolue si verifica per lo più in individui che avevano presentate minime manifestazioni cutanee, aveva fatto pensare all'esistenza di due virus, uno *neurotropo*, l'altro *dermotropo*. Altri invece sostiene che esistono individui *dermolabili* e *neurolabili* rispetto alla spirocheta. La questione è ancora sul tappeto: si può certo ammettere che un'aggressione qualsiasi (trauma tossico, un'altra infezione) portata sul neurasse possa, creando

in questo un *locus minoris resistentiae* favorire il tropismo verso il neurasse di spirochete esistente nell'organismo, come anche che una spirochete, vissuta a lungo a contatto con il sistema nervoso, possa acquistare verso questo una certa affinità.

Si può concludere:

1) che esiste uno *stadio latente* della neurolues, il quale può divenire *patente* sotto l'impulso di una aggressione qualsiasi portata sul neurasse;

2) che una tale aggressione possa eventualmente determinare o favorire il neurotropismo di una infezione esistente nell'organismo.

*
* *

D'altra parte che la R. A., di per sè sola, possa dar luogo ad alterazioni per lo più transitorie, a carico del neurasse, di cui sono espressione clinica la cefalea, il vomito, le paralisi degli sfinteri e le paralisi dei mm. oculari, è cosa nota fin dai primi tempi di applicazione di tale metodo.

La letteratura di questi ultimi anni è particolarmente ricca di lavori sull'argomento.

Kloster classifica le complicazioni nervose consecutive a rachianestesia in:

a) *complicazioni immediate* e cioè:

1) paralisi delle radici dei nervi frenici;

2) *défaillance* del centro respiratorio bulbare;

b) *complicazioni tardive*: 1) meningite; 2) paresi ed anestesie varie; 3) cefalea; 4) alterazioni mentali (manìa acuta, delirio);

c) *complicazioni remote* nelle quali è difficile stabilire la relazione di causa ad effetto.

Jones divide le sequele nervose della R. A. in: *a*) infettive; *b*) traumatiche; *c*) tossiche dando a queste ultime importanza preponderante dati gli odierni miglioramenti della tecnica.

Maclaclean riporta due casi di encefalomielite disseminata combinata con sclerosi, susseguenti a rachianestesia.

Evans d'altra parte sostiene che dei vari casi descritti nella letteratura, solo in due le lesioni nervose organiche, iniziatesi però tardivamente, potevano essere sicuramente attribuite alla R. A.

Aschworth, da un'inchiesta fatta su 202 rachianestetizzati, ha potuto accertare che in trenta di essi esistevano disturbi nervosi: in 21 di tali casi i disturbi erano dovuti a malattia intercorrente, ma si erano manifestati dopo la R. A. (un caso, p. es., presentava atrofia ottica, che si accertò dovuta a lues, ma i disturbi si erano iniziati, con cefalea e vomito, pochi giorni dopo la R. A.); in due casi i disturbi erano in dubbia relazione con la R. A.; in sette casi infine la relazione fra disturbi nervosi e R. A. era indubbia: tre di essi presentavano degenerazione cerebro-vascolare indefinita, due sordità iniziatasi dopo la R. A., uno cefalea e dolore alla gamba sinistra, uno cefalea con visione ridotta e parestesia e ipoestesia alla coscia destra.

Savcenko, in una statistica di 1042 rachianestesie con novocaina in quantità varia ha potuto notare durante l'operazione nel 7 % ipotensione, nel 5 % vomito, nel 1,5 % paresi sfinterica; dopo l'operazione: ritenzione di urina nel 0,7 %, cefalea nel 17,3 %, paralisi dell'abducente nel 0,2 %.

Martin e Helbron su 45 R. A. ha avuto complicazioni in ben otto casi e cioè in 4 forte cefalea, di cui uno con segni meningitici, in due incontinenza d'urina, in un caso ritenzione durata quattro giorni e nell'ultimo paralisi dell'abducente con partecipazione del trigemino (anestesia della cornea) che guarì dopo 4 settimane.

Sassard riporta due casi di reazione meningea tardiva, intervenuta 12 giorni dopo la R. A. e guarita in una settimana.

Arnheim e Mage, su una statistica di 497 rachianestetizzati, hanno avuto in 2 casi meningite (una asettica, l'altra da piocianeo), in un caso mielite trasversa, in tre casi emiplegia ed in due casi ritenzione di urina: si dichiarano quindi contrari alla R. A.

Albo e Pla, facendo l'esame clinico di un buon numero di operati sotto R. A., hanno trovato molto spesso dei piccoli segni piramidali (clono della rotula e del piede, fenomeno di Babinski e di Oppenheim) oltre a casi in cui i segni di lesioni midollari erano evidenti (paralisi delle gambe, disturbi della sensibilità, disturbi degli sfinteri). Questi AA. credono che tali sintomi siano da attribuire all'influenza tossica dei liquidi anestetici sul midollo, nel senso di una meningo-mielite.

Altri casi di paralisi e paresi varie, da non riferire a traumi diretti causati dalla puntura, sono descritti da Engelhard, Michelsen, Lindemulder, Langton Hewer, Dickson Wright ecc.

L'ipotesi più antica e più accettata sulla genesi di tali disturbi è che si tratti di una intossicazione subita della cellula nervosa da parte dell'anestetico.

Questa ipotesi fu confermata dalla fisiologia sperimentale, la quale ha dimostrato la potente azione tossica di tali sostanze portate a diretto contatto col tessuto nervoso e dall'osservazione clinica, poichè i disturbi da R. A. sono diminuiti da quando si sono adottate per

l'anestesia sostanze meno tossiche della cocaina e soluzioni ipobariche meno diffusibili (metodo di Jones).

Willinsky sostiene che l'azione della novocaina sugli elementi nervosi sensibili è specifica e comparabile alla specificità delle colorazioni vitali ed alla affinità di altre sostanze neurotrope: egli crede che anche le paralisi motorie da R. A. derivino da una interruzione su base tossica, delle radici sensitive profonde. Angelesco crede invece che si tratti di fenomeni infiammatorio-infettivi.

Le ricerche di Schmidt d'altra parte hanno dimostrato che in un'alta percentuale di rachianestetizzati il liquor dava reazione meningea con aumento delle cellule ed innalzamento delle albumine. Tale reazione meningea sparisce in genere dopo due giorni.

Identici sono i risultati a cui è giunto Bäcker Gröndhall basandosi su un buon numero di rachianestetizzati.

Davis, Loyal ed altri, studiando sperimentalmente gli effetti degli anestetici sul midollo e sue membrane, hanno trovato, dopo iniezione endorachidea di varî anestetici, alterazioni infiammatorie delle meningi con infiltrazione linfocitaria e plasmacellulare, ispessimento delle membrane e fibrosi, edema delle cellule e rigonfiamento dei cilindrassi. Mettendo pezzetti di midollo in novocaina ottenevano dissoluzione della mielina.

Un tale complesso di dati e di osservazioni cliniche rende dunque indiscutibile questa ipotesi di una origine tossica infiammatoria dei disturbi nervosi conseguenti a rachianestesia.

Alcuni AA. però, basandosi sul fatto che disturbi uguali a quelli descritti si possono avere anche in seguito a semplice rachicentesi senza iniezione di anestetico, non annettono grande importanza al fattore tossico e riconoscono l'origine dei disturbi nello squilibrio della idrodinamica intracranica causato dalla puntura e dalla sottrazione di *liquor*. Tale squilibrio si potrebbe manifestare sia con un aumento che con una diminuzione della pressione del *liquor*. Leriche, seguìto da molti AA., sostiene che la causa dello squilibrio idrodinamico sia da ricercare in una perdita secondaria di *liquor* dall'orificio beante della dura madre. Questa ipotesi è stata però combattuta da Arnaud e Cremieux e molto recentemente da Zappalà.

Vi è infine chi nega recisamente il fattore tossico, accettando solo in parte il fattore idrodinamico: Di Marzio, in base a ricerche sue e dei suoi allievi (Santonastaso e Sabbadini) ritiene infatti che le oftalmoplegie conseguenti a R. A. e a rachicentesi, siano espressioni di malattia preesistente del neurasse, avendo infatti trovato in casi del genere, sia tumori del cervello, che meninigiti t. b. c., o luetiche, o anche meningiti sierose semplici o malattie delle ghiandole a secrezione interna, specialmente la tiroide. La sottrazione del *liquor*, talvolta esagerata, che si pratica sia per R. A. che per rachicentesi, sarebbe la causa occasionale per lo sviluppo dei segni propri di ciascuna malattia.

A noi sembra logico l'ammettere che le tre teorie, *tossico-infiammatoria*, *idrodinamica* e *anatomica* (delle lesioni preesistenti) possano, volta per volta, valere in ciascun determinato caso e debbano, anzi che escludersi, completarsi a vicenda.

Noi crediamo si possa essere d'accordo sui seguenti punti:

1) la R. A. e meno frequentemente la rachicentesi, possono già di per se sole essere causa di disturbi nervosi, sia per la rapida e spesso abbondante sottrazione di *liquor* sia, ed ancor più, per l'azione tossica dell'anestetico iniettato;

2) per le medesime ragioni, nei casi in cui esiste una malattia del neurasse allo stato di latenza (perchè guarita clinicamente o perchè non ancora manifestatasi) la R. A. può agire da causa scatenante, mettendo in evidenza la sindrome, ed accelerandone ed aggravandone il decorso, così come può farlo un'altra causa qualsiasi (trauma, ecc.) (1);

3) infine si può ammettere, per analogia con lo sviluppo di processi morbosi in altri organi, che in alcuni casi la R. A., per la sua azione tossica sulla cellula nervosa, possa creare a livello del neurasse un *locus minoris resistentiae*, favorendo quindi il tropismo verso il neurasse stesso di germi circolanti nel sangue o annidati negli organi (2).

* * *

In quanto poi all'importanza dei rapporti fra lue nervosa ed accidenti post-R. A., Forgue

(1) Una bella prova di questo asserto è data dal caso già riferito di Faure-Beaulieu e da quello di Sainton, citato da Forgue e Basset: si trattava di una ragazza di 19 anni, operata sotto R. A. un anno dopo di aver sofferto di encefalite epidemica, che non aveva lasciato alcuna traccia: dopo 15 giorni si ebbe netta ricaduta di encefalite con emitremore a tipo Parckinson e rigidità.

Anche Guillain riporta un caso di meningomielite sifilitica, nel quale, in seguito a semplice rachicentesi si ebbe notevole aggravamento dei sintomi.

(2) Vizioli molto recentemente ha ricercato le spirochete nel liquor di 24 paralitici progressivi, dopo aver provocato in questi una reazione meningea acuta mediante inoculazione endorachidea di acqua bidistillata: ha trovato che la percentuale di 4,1 per cento di reperti positivi prima dell'inoculazione è salita al 12,5 % dopo di questa.

e Basset nella loro monografia, ricordano dei dati tendenti a dimostrare che, senza dubbio, la neurolue interviene spesso nel meccanismo di tali disturbi.

Wright, in due operati che presentavano incontinenza fecale dopo R. A., ha trovato in ambedue W. R. positiva nel sangue ed in uno di essi positiva anche nel *liquor*. D'altra parte, a proposito della paralisi del 6° paio, che non è del tutto rara dopo R. A., Forgue e Basset ricordano che su 19 di tali casi, ben in 12 la W. R. del sangue era positiva e notano a ragione che la negatività della W. R. negli altri sette non esclude la possibilità che anche essi fossero dei sifilitici.

Mennel in alcuni casi in cui, in seguito a R. A., si erano manifestati disturbi degli sfinteri, perdita dei riflessi achillei o rotulei con zone di anestesia, ha notato la somiglianza della sindrome con quella della tabe ed ha creato l'espressione « tabe da stovaina ». Si trattava di pseudo-tabe tossica o di tabe vera?, si domanda Faure-Beaulieu, e la sua domanda non è oziosa. Il caso descritto da questo A. dà infatti in certo qual modo la dimostrazione clinica della possibilità che una malattia metaluetica del neurasse possa ricevere un impulso formidabile dalla R. A.

Tutte queste considerazioni rendono dunque plausibile l'ipotesi che nel nostro infermo, il rapporto fra R. A. e successivo sviluppo della sindrome paralitica non sia stato un puro caso, ma che esista un nesso causale oltre che cronologico, e che le due aggressioni (lue ed intossicazione da anestetico) che il sistema nervoso del paz. ha subito si siano efficacemente associate a suo danno.

In tal caso due ipotesi sono da considerare:

1) o il paz. essendo affetto da lue, l'anestetico agendo quale tossico sulla cellula nervosa, l'ha sensibilizzata verso il virus sifilitico ed ha favorito il tropismo di questo verso il neurasse: ipotesi questa poco probabile dato il poco tempo intercorso fra l'uno e l'altro fenomeno e l'essersi manifestati, subito dopo la R. A., disturbi degli sfinteri che durarono qualche settimana e che fanno pensare che, al momento della R. A., il midollo dovesse essere in qualche modo minorato;

2) oppure, ed è questa l'ipotesi che noi sosteniamo, essendo il paz. già affetto da demenza paralitica allo stato *latente* o *preclinico*, l'azione tossica portata dall'anestetico e lo squilibrio di pressione causato dalla puntura ha servito da causa scatenante, mettendo in evidenza il processo, aggravandolo ed accelerandone il decorso. Ed infatti la sintomatologia della p. p. si è svolta nel nostro paz. in maniera quasi tumultuosa, conducendolo a morte in un periodo di circa 6 mesi, malgrado la piretoterapia applicata precocemente.

Ciò che fa pensare che la R. A. abbia avuto influenza non lieve sul manifestarsi e sul grave e rapido decorrere della malattia. Noi siamo sicuri che una ricerca accurata fatta in collaborazione fra chirurgi e neurologi (il nostro caso sarebbe infatti sfuggito se non fosse stato da noi casualmente seguito) permetterà di scoprire altri casi ed apporterà l'appoggio della statistica alle nostre convinzioni.

Le conclusioni sono facili a trarsi: ammessa la possibilità che la R. A. favorisca la localizzazione nel neurasse di una malattia a tendenza neurotropa quale è la lues, od abbia azione dannosa sull'evolvere di una malattia già preesistente del sistema nervoso, anche se allo stato di latenza o di apparente guarigione, occorre:

1) evitare la R. A. nei sifilitici;

2) praticare, prima di ogni R. A. un accurato esame neurologico e la W. R. nel sangue se non nel *liquor;*

3) sospettare, in ogni caso di persistenza oltre l'ordinario delle *turbe* post-rachi-anestetiche, l'esistenza di una malattia preesistente del neurasse e ricercarla con i vari mezzi a disposizione.

## RIASSUNTO.

L'A. descrive il caso di un individuo il quale, prima di essere sottoposto ad un intervento per emorroidi sotto R. A., si trovava in buone condizioni di salute, e che, subito dopo l'atto operativo, presenta disturbi degli sfinteri per la durata di circa due settimane e dopo poco più di un mese, la sintomatologia tipica della paralisi progressiva, la quale decorre in maniera rapida e grave conducendo il p. a morte in circa sei mesi.

L'A., dopo aver passato in rassegna i lavori più recenti sulle sequele nervose della R. A., discute i rapporti di causalità fra R. A. e paralisi progressiva nel determinato caso, venendo alla conclusione che la R. A. è servita a mettere in evidenza una p. p. latente.

Conclude affermando la necessità di evitare la R. A. nei sifilitici e negli individui affetti da malattie del sistema nervoso, praticando all'uopo un accurato esame neurologico di ogni individuo da sottoporre alla rachianestesia.

## BIBLIOGRAFIA.

Alessandri. Congr. Franç. Chir., ottobre 1906.
Angelesco. Presse Médicale, 1931, pag. 1855.
Arnheim e Mage. Annals of Surgery, n. 93, 1933.
Albo e Pla. Rev. Sud-Amer. Medic., 1, 1930.
Aschworth. Proc. Roy. Soc. of Med., n. 26, 1933.

BÄCKER-GRÖNDHALL. Acta chir. Scand., fasc. V-VI, 1934.
BESSIN. Der Chirurg., n. 4, 1932.
BOWER, CLARK, ecc. Surg., Obst. and Gynec., n. 54, 1932.
CAPELLO e altri. Semana medica, 1932, pag. 589.
DI MARZIO. Soc. Oto-neuro-oftalm. e radio-neuro-chirurgica. Seduta del 5 marzo 1934.
DICKSON-WRIGHT. Proc. Roy. Soc. of Med., n. 26, 1933.
DAVIS-LOYAL. Journ. Am. Med. Ass., n. 97, 1931.
EINGELHARD. Riport. in Zentralorg. f. g. Chirurgie, vol. 59, pag. 593.
FAURE-BEAULIEU. Presse Médicale, n. 100, 1933.
GUILLAIN. *Études Neurologiques.* Masson, 1930.
GRUESCO e altri. Lyon Chirurgical, n. 30, 1933.
LERICHE. Presse Médicale, n. 15, 1928.
JONES. Ann. Surg., n. 96, 1932.
MARTELLI. *La sifilide ignorata e strana.*
MARTIN e HALBRON. Paris Médical, 1933, I.
MAYER. Münch. Med. Woch., 1931, p. 1593.
MÜLLER ed altri. Annals of Surgery, 1931, p. 738.
MICHELSEN. Münch. Med. Woch., 1932, p. 1148.
RONSE. Journ. Soc. Belge Chir., n. 8, 1932.
SAKLAD. Amer. Journ. Surg., n. 11, 1931.
SCHMIDT. Der Chirurg., n. 4, 1932.
SAVCENKO. Nov. Chir. Arch., 1930, pag. 114.
SASSARD. Bull. Méd., 1931, pag. 42.
VIZIOLI. Rivista di Neurologia, febbraio 1934.
WALTER. Brit. Journ. Anaest., n. 10, 1932.
WILLINSKY. Amer. Journ. Surg., n. 17, 1932.

# OSSERVAZIONI CLINICHE

## Le malattie di Perthes e di Osgood-Schlatter dal punto di vista della diagnosi differenziale con la tbc. articolare.

Dott. DARIO CONFALONIERI.

STORIA. ETIOLOGIA. — Le due malattie (si tratta di distrofie ossee a carico della testa del femore e della tuber. ant. della tibia) sono di quelle che, specie nella pratica di condotta, offrono un campo di osservazione piuttosto limitato. Non solo: ma spesso vengono misconosciute o confuse con la tbc. dell'anca, rispettivamente del ginocchio, verso la quale tbc. mostrano punti di contatto innegabili e non sempre grossolani.

Tanto che dal 1834 e 1875, anni in cui Brodie e Thomas fecero le prime osservazioni sopra la particolare coxalgia che poi ebbe nome da Perthes, sino al 1909 si parlò di tbc. atipica ed eccezionalmente benigna dell'anca. Fino a quando, cioè, il Legg demolì la teoria infettiva specifica sostituendovi quella del disturbo di nutrizione dell'osso provocato dal trauma.

Quattro anni più tardi il Perthes studiò a fondo la nuova entità morbosa, trattandola sotto i suoi aspetti clinici, anatomopatologici e radiologici.

Da allora i casi descritti si moltiplicarono, ed oggi la letteratura medica ne registra oltre 300. Al tempo stesso si fecero osservazioni su altre ossa venendo alla conclusione che nessun punto dello scheletro, nessun osso sia lungo che piatto, può dirsi immune dal cader preda della particolare distrofia che si ricollega, per parecchi dati di fatto, alla malattia che Perthes definì « osteocondrite deformante giovanile dell'anca » (Giongo, Buchmann). Possono infatti similmente ammalare lo scafoide del piede (m. di Koehler); il semilunare del carpo (m. di Kiemboeck); i corpi vertebrali (m. di Scheuermann); le creste iliache; l'estremo sternale della clavicola; la epifisi sup. dell'omero; il tubercolo anter. della tibia; le apofisi trasverse della colonna cervicale (m. di Froelich). E citiamo solo le localizzazioni principali.

Una sede della distrofia, che forse è ancora unica nella letteratura, fu scoperta da Donati pochi anni or sono alla base della falange prossimale dell'alluce.

Con l'aumentare delle descrizioni e degli studi in proposito sono anche aumentate le teorie patogenetiche, e s'è creata una certa confusione nella terminologia, dovuta al fatto che la nomenclatura tende ad esprimere il concetto etiologico; e quello è venuto via via mutando coll'aggiungersi di nuove osservazioni.

Cosicchè, permanendo tuttora l'incertezza circa la etiologia di tali distrofie ossee, è bene abolire i nomi di *osteocondrite, osteocondrosi, condropatic, malacie giovan.* ecc., e sostituirvi il termine generico di « distrofie metaepifisarie giovanili » proposto dall'Alberti: termine che tien conto di due innegabili circostanze: il punto di origine della malattia, e la sua comparsa in soggetti esclusivamente giovani, nel periodo di maggiore sviluppo osseo.

Lo studio dell'etiologia esula dalle finalità della presente schematica rassegna; e quindi ci limiteremo ad accennare solo le principali ipotesi.

Consideriamo dapprima il trauma. Ad esso si diede un'importanza esclusiva in passato; poi venne destituito d'ogni valore, per ritornare ad essere preso in seria considerazione attualmente, non come causa determinante, ma come elemento agente insieme ad altri e non pochi fattori.

Trauma che non va unicamente inteso nel senso di danno isolato, occasionale (banale caduta, o addirittura frattura del collo del femore - Stracker): ma anche come «sollecitazione» meccanica continuata, quale può essere quella che si svolge a carico dei piloni di sostegno del peso corporeo: l'anca, l'alluce, il 2° metatarso, lo scafoide del piede (Alberti, Donati).

Può, del pari, essere il trauma operatorio, come vorrebbe dimostrare Giuntini avendo

constatato l'insorgenza della m. di P. dopo riduzioni di lussazioni cong. d'anca.

Astraendo dalla *qualità*, sta il fatto che il trauma si rinviene nelle notizie anamnestiche di un grande numero di pazienti: sino al 53 % nella statistica di Sourdat, che si riferisce alla m. di P.

Assai si discusse circa la responsabilità di un rachitismo tardivo che molti AA., tra essi Ceconi, Uffreduzzi e Buchmann, negano decisamente sostenendo essere la rachitide una malattia sistematizzata, incapace di ledere solo determinati punti dello scheletro. E, in appoggio alle loro confutazioni, dimostrano che i valori del calcio e del fosforo, nel siero di sangue di soggetti portatori d'una distrofia ossea, sono senz'altro normali.

Fu prospettata anche una teoria infettiva basata sul fatto che distr. metaepif. giov. insorgono dopo malattie infettive acute, e che alcuni AA. hanno isolati e coltivati da focolai morbosi, stafilococchi e staf. aurei.

La regolarità dei reperti anatomopatologici, i quali parlano sempre e soltanto di lesioni *necrotiche* e non di alterazioni *infiammatorie*, mentre destituiscono di fondamento rare casualità cliniche o batteriologiche, vogliono piuttosto che si risalga alla causa della necrosi: cioè al disturbo circolatorio: fattore etiologico oggi ammesso e seriamente considerato da molti.

Ma, a lor volta, quali le origini delle turbe circolatorie? Gli AA. rispondono indicando le alterazioni anatomopatologiche riscontrate in pezzi facilmente aggredibili dal chirurgo — scafoide, semilunare, tub. ant. della tibia —: ispessimento delle pareti dei vasi periosteo-capsulari, e quindi diminuzione del loro lume; alterazioni dei legamenti entro cui serpeggiano le arteriole (Koenig, Rauch, Fasiani). Oltre questi fatti anatomici, per spiegare il disordine circolatorio ed il difetto nutritizio, Leriche richiama l'attenzione sopra l'importanza dei disturbi nervosi vasomotori.

Delitala e Weil, hanno pensato ad alterazioni primordiali del nucleo epifisario: ma alla loro ipotesi si oppone il fatto che la distrofia avviene in un periodo in cui l'ossificazione è già avanzata; quando precisamente il nucleo di ossificazione, ormai costituito, sarebbe capace di rivelare, nei radiogrammi, sue eventuali alterazioni. E queste, all'inizio della malattia, mancano.

Heckmann, Watchins, Percy hanno incolpata la lue, benchè, nella stragrande maggioranza, i pazienti abbiano R. W. negativa.

Del tutto recentemente è stato introdotto il fattore endocrino e ben si sa quale importanza abbiano nella fisiologia e patologia dello scheletro alcune ghiandole a secrezione interna. Anzi Donati avrebbe dimostrata, nel caso suo cui si è fatto cenno, una chiara correlazione tra la distrofia ossea e la funzione endocrina dell'ovaia.

Per concretare, tra tanto dissidio di teorie, esporremo l'opinione di due studiosi nostri, Alberti e Donati:

1) La patogenesi delle osteodistrofie giovanili m.-e. è oscura. In attesa di più sicure conoscenze, bisogna includere nel loro numero tutte quelle alterazioni dell'osso in via di sviluppo che non sono di indubbia natura infettiva o neoplastica.

2) Non *una* è la causa in giuoco, ma probabilmente vi è un *complesso* di cause, variabile da caso a caso, o da gruppo a gruppo di casi.

3) Il tessuto osseo, in apparenza solido, immutabile, indifferente, è invece dotato di un'alta « plasticità biologica », ed è assai sensibile a stimoli della più diversa natura: chimica, alimentare, circolatoria, nervosa, endocrina. Tale sensibilità è esagerata nei punti più deboli perchè soggetti a maggiore lavorio: le zone metaepifisarie, sedi elettive della malattia.

ANATOMIA PATOLOGICA (1). — Ripetiamo che a base della distrofia stanno dei fatti di necrosi e non di infiammazione. La necrosi interessa la spongiosa inducendo un riassorbimento di sostanza ossea che viene sostituita da tessuto fibroso. La cartilagine articolare è risparmiata, mentre quella di accrescimento mostra una più o meno cospicua compartecipazione. L'usura necrotica può, ad es., in casi gravi di m. di P., portare alla distruzione della testa femorale e della porzione mediale del collo. Però il reperto più comune è una testa deformata a cono od a fungo; il collo può essere accorciato ed anche varo. Vi è tutta una gamma di aspetti macroscopici che vanno dalle lesioni tipo rachitismo sino a quelle di una artrite deformante: esito in guarigione, secondo alcuni, di un pregresso Perthes. Il nucleo epifisario appare suddiviso da gettate vascolari e fibrose. Il cotile è, per lo più, risparmiato; altre volte si mostra atrofico.

CLINICA - SINTOMI - DECORSO. — Abbiamo visto come le due malattie siano spesso confuse con processi aventi analogie sintomatiche (tbc.). Parlando delle distrofie metaepifisarie in genere, Donati afferma che esse sono più frequenti di quanto si pensi, e che bisogna prestare molta attenzione alle algie articolari o para-artico-

---

(1) Con speciale riguardo alla m. di P.

lari dei giovani, chiedendo sempre un sussidio alla radiologia.

Si è molto largheggiato sino ad oggi nella diagnosi di malattia tbc. in tutte le affezioni articolari — anca specialmente — dell'infanzia e dell'adolescenza, quando queste si accompagnano a dolore e limitazione funzionale. Ora, molte statistiche (di Johannsson, Kotzeborn, Sundt) dimostrano che solo il 50-70 % di presunte coxiti tbc. sono tali in realtà: del rimanente il 17 % sec. Johannsson, o il 20 % sec. Minar, null'altro sono che m. di P.

Le distr. metaepif. sono appannaggio delle età giovani; ciò non toglie che si siano osservati rari casi anche nell'età adulta. Di solito però non si manifestano oltre il 24° anno di età, con un massimo di frequenza, per la m. di P., tra i 7 ed i 12 anni. Non risulta una netta predominanza di sesso.

Facciamo precedere la descrizione della mal. di P. (altrimenti detta *malattia di Legg-Calvè-Perthes; osteocondrite giovan. dell'anca; osteochondrosis dissecans*), come quella più importante.

L'inizio è assai simile a quello di una vera coxite tbc.: esiste incertezza nell'andatura, se non dichiarata zoppia: incertezza più apprezzabile dopo lunghe camminate o prolungata stazione eretta; intermittente, al pari della zoppia, in rapporto a periodi di riposo. Insorgono dolori spontanei irradiantisi lungo la coscia verso il ginocchio. Assai di frequente il piccolo paziente o i genitori riferiscono l'esistenza di un pregresso trauma, talvolta anche *lievissimo*. Lo stato generale non è mai compromesso, pur quando si hanno modiche elevazioni termiche.

All'esame dell'articolazione e della sua funzionalità si nota anzitutto la quasi costante assenza di dolore provocato; non si apprezzano tumefazioni; non esistono nè arrossamenti della cute sovrastante, nè reticolo venoso. Tutti i movimenti attivi e passivi, rotazione compresa, sono liberi ad eccezione della abduzione, sin da principio limitata. Ad evoluzione avanzata i sintomi presenti si accentuano ed altri se ne aggiungono: innalzamento del gran trocantere con accorciamento dell'arto anche di due cm.; comparsa del Trendelenburg; ipotrofia del quadricipite; talvolta modica contrattura in flessione. Per tutte queste cause la deambulazione diventa impossibile: non tanto per il danno articolare, quanto per lo spasmo riflesso dei muscoli (Bergmann); ed i malati finiscono per essere obbligati a tenere il letto, magari molte settimane.

Il decorso, nel maggior numero dei casi, è, ad onta del quadro preoccupante, assai benigno e non oltrepassa, in media, quattr'anni e mezzo. Il processo di riparazione può essere più o meno completo: postumi gravi sono fuori della norma; al massimo residua una lieve limitazione dei movimenti. Si può persino arrivare ad una totale, o quasi, ricostruzione della testa. Per contro una diminuzione di volume della stessa provoca atrofia del cotile con esito in accorciamento dell'arto; in tal caso non si verificano però lussazioni.

La diagnosi può essere molto delicata in principio; diventa più agevole quando la necrosi epifisaria induce le già dette modificazioni funzionali e morfologiche: innalzamento del trocantere, accorciamento dell'arto, forte limitazione dell'abduzione.

Per la diagnosi differenziale nei riguardi della tbc. dell'anca sorreggono i seguenti criteri: stato generale non compromesso; assenza di vera febbre; mancanza del dolore provocato; possibilità dei movimenti attivi e passivi, eccezion fatta per l'abduzione; innalzamento del trocantere anche se non esiste contrattura in flessione: fatto che non si verifica nella coxalgia tbc.; possibilità di poggiare, durante la deambulazione, tutta la pianta del piede al suolo, anzichè la sola punta. Aggiungasi l'assenza di reazioni immunitarie: Pirquet ed intradermo negative; reazione di focolaio mancante; negatività della sinfo- ed enzimoreazione; nessuna accelerazione della velocità di sedimentazione.

Per la prognosi tenere presente la disposizione alla guarigione spontanea con buona restitutio funzionale. La guarigione avviene a completa ossificazione della epifisi, vale a dire circa al terzo anno dall'inizio della malattia.

QUADRO RADIOLOGICO. — Il radiogramma mostra: usure marginali della testa del femore che appare appiattita e schiacciata — accorciamento del diametro verticale ed allargamento dei diam. trasversali, e sporge al di fuori del cotile; il normale arco di cerchio quasi chiuso, che nel radiogramma inquadra tipicamente la forma della testa, è scomposto.

Nella epifisi si osservano zone di addensamento alternate a focolai di rarefazione; il nucleo è spezzettato; l'acetabolo può mostrarsi appiattito. Il collo, in periodo abbastanza avanzato, è accorciato e deformato in coxa vara; la linea interarticolare è irregolare; il grande trocantere è ingradito. Beninteso sono apprezzabili tutte le modificazioni di forma della testa. Radiogrammi fatti in serie mostrano una continua evoluzione morfologica della stessa.

Nelle forme gravi, oltre alla epifisi, scom-

pare anche la porzione mediale del collo del femore.

TERAPIA. — È necessario immobilizzare e « scaricare » l'articolazione e reintegrare l'abduzione: cosa facile in narcosi.

Si applica un gesso che abbraccia tutt'e due le anche, e che rimane in sito per 3-4 mesi. Indi si sostituisce una doccia la quale permette i movimenti passivi, il massaggio, le applicazioni calde. La deambulazione, almeno per un anno e mezzo, può essere permessa solo con apparecchio di scarico: cautela necessaria se si pensa che in certi individui, predisposti per cause molteplici, il solo traumatismo rappresentato dallo sforzo dell'anca nelle sue funzioni di sostegno,è capace di provocare il *cedimento* della testa femorale. L'importante è di prevenire la deformità articolare. Le cure generali ricostituenti, antirachitiche, le irradiazioni U. V., ecc., passano in seconda linea.

MALATTIA DI OSGOOD-SCHLATTER. — Nel 1903, indipendentemente l'uno dall'altro, i due AA. descrissero una malattia del ginocchio che si manifesta con un ingrossamento del tubercolo anter. della tibia, edema cutaneo sovrastante e circostante, e dolori spontanei, provocati, ed insorgenti durante la deambulazione: specie nel salire.

È anche questa una osteo-distrofia tipicamente giovanile: 9-18 sino a 24 anni. Dal lato clinico, di comune con la m. di P. essa ha, oltre all'insorgenza legata ad un fisso periodo della vita, la silenziosità dell'inizio, ed il decorso generalmente cronico — mesi ed anni —. Esiste però qualche caso a decorso subacuto. La precedenza di un trauma viene spesso ammessa.

Il complesso sintomatico rappresentato da edema, dolore, una certa difficoltà nel camminare o nei movimenti, talvolta la elevazione termica di qualche decimo, può indurre ad una affrettata diagnosi di tbc. del ginocchio. Ma il trovare alla palpazione un punto preciso di dolore, o di massimo dolore, localizzato alla faccia anter. della tibia, subito al di sotto dell'interlinea articolare, unitamente ai criteri diagnostico-differenziali già esposti per la m. di P., non lasceranno, di solito, in dubbio per molto tempo.

La certezza della diagnosi emergerà poi dalla radiografia, la quale, talvolta anche in periodo iniziale, permette di scorgere un aspetto velato ed irregolare del punto di passaggio tra tendine (legam. rotuleo) e piano osseo, e in tutta prossimità, un'ombra densa della grandezza di un chicco di riso. Ad evoluzione più completa l'apofisi perde la sua forma a becco, assume contorni indecisi e diventa meno opaca, mostrando però qua e là, ombre di densità ancora ossea.

Il trattamento si basa sul riposo, eventualmente garantito da apparecchio gessato. *Per os* le solite cure; in casi ribelli scucchiaiamento della zona necrotica.

***

In appendice a questo rapidissimo riassunto, che vuol avere lo scopo di richiamare l'attenzione del pratico sull'esistenza di lesioni articolari o para-articolari che nulla hanno a che vedere, ad onta della sintomatologia, colla tbc. riporto due casi personali.

Teresa P., anni 10, primogenita nata a termine da genitori viventi e sani e nel gentilizio dei quali non è dato rintracciare forme tbc. Allattata al seno; primi denti a sei mesi; primi passi a 14 mesi. Non presentò mai disturbi nella deambulazione, nè sofferse malattie degne di nota. Sviluppo somatico ritardato; qualche nota rachitica; del resto costituzione scheletrica regolare. Stato di nutrizione buono; masse muscolari trofiche e toniche; primi accenni ai caratteri sessuali secondari.

Viene portata dal medico perchè da un po' di tempo « mette male » la gamba S. ed accusa vaghi dolori alla coscia dello stesso lato. Un mese prima era caduta, da circa un m. di altezza, sopra uno spesso mucchio di fieno, senza nessuna conseguenza: tanto che aveva ripreso a giuocare. La caduta avvenne sul fianco S.

All'esame dell'arto e dell'articolazione nulla di notevole: non dolore alla pressione od alla percussione diretta od indiretta; i movimenti sono conservati compresa l'abduzione. Non si nota nè rossore della cute, nè tumefazione al di sopra dell'articolazione; nessuna differenza termica esiste, al tatto, tra i due lati. Le pieghe cutanee si affrontano sia anteriormente che posteriormente.

Stato generale ottimo; assenza di febbre. Nulla a carico degli altri apparati e sistemi. Non si palpano gangli linfatici periferici.

Scartata l'ipotesi d'una affezione specifica propendo per un banale risentimento traumatico ed ordino riposo e le cure del caso.

Ma i dolori vanno accentuandosi; la deambulazione diventa impossibile, l'abduzione è difficile e molto dolorosa. Tutto questo a circa due mesi dal trauma. Richiedo una radiografia in base alla quale il chirurgo consulente emette diagnosi di probabile coxite tbc (figg. 1 e 2).

Non credo di poter consentire con tale diagnosi, tanto più che la reaz. di Pirquet, ripetuta nel frattempo due volte, risulta nettamente negativa.

I genitori desiderano un consulto e la ragazza viene portata all'ospedale del capoluogo di provincia. Sottoposta ad altro esame radiologico, il primario chir. diagnostica una m. di P. e passa alla cura adatta (fig. 3).

La paziente rimane gessata per 4 mesi; indi l'apparecchio viene sostituito con doccia, aumentando l'abduzione (fig. 4). Dopo altri 5 mesi si libera l'arto. La deambulazione, ancora per un anno e



FIG. 1. — Teresa P. Mal. di Perthes. *Artic. coxo-femor. di S.* Evidente appiattimento della testa; leggera sporgenza dal cotile. A circa 2 1/2 mesi dal sofferto trauma.

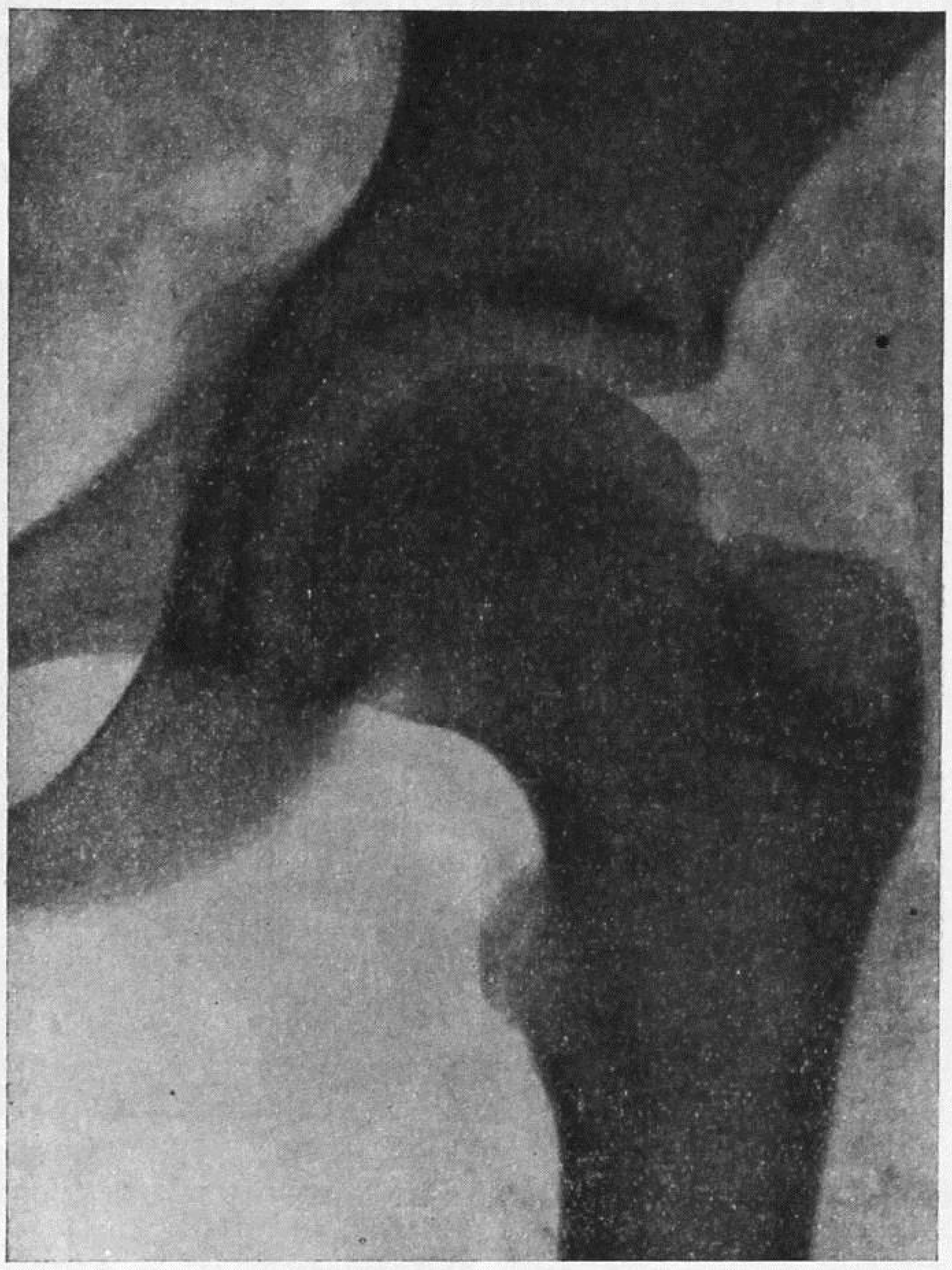


FIG. 2. — *Artic. coxo-femor. di D.* (lato sano). (Per confronto).

AVVERTENZA: *Per inversione della pellicola radiogr. durante la stampa, il lato D. appare S. e viceversa, nella figura 3 e nella figura 4.*



FIG. 3. — A 6 1/2 mesi dall'inizio.

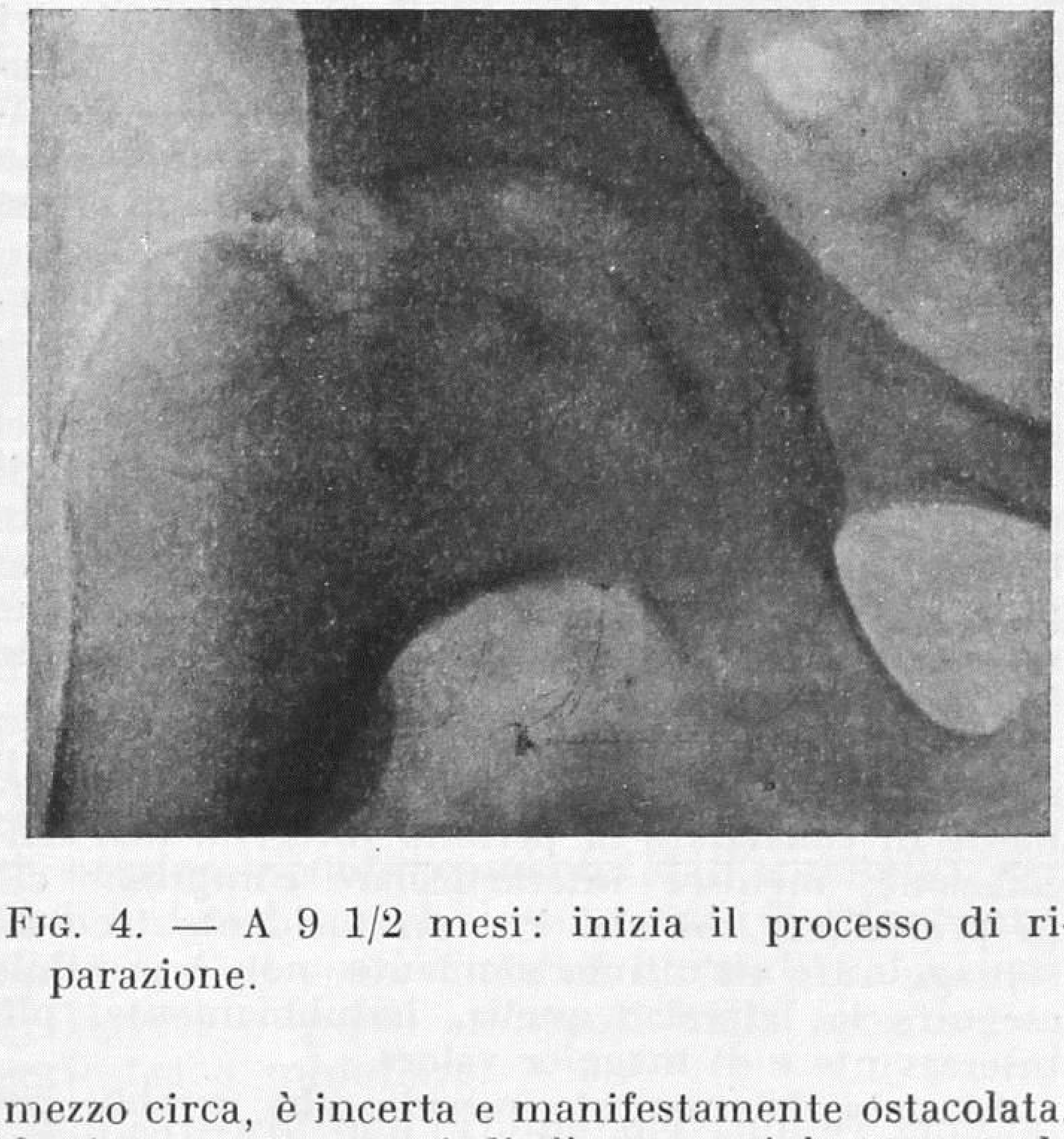


FIG. 4. — A 9 1/2 mesi: inizia il processo di riparazione.

mezzo circa, è incerta e manifestamente ostacolata. Oggi, a quattro anni di distanza, si è ottenuta la guarigione perfetta con completa *restitutio* funzionale, ad onta dell'esistenza d'una tipica « coxa plana » (fig. 5).

Federico C., anni 14. Non si possono raccogliere notizie anamnestiche dettagliate; si apprende solo, dai parenti che ospitano il paziente, che il padre è morto per tbc. polmonare.

Si tratta di un ragazzo sano, discretamente sviluppato, in soddisfacenti condizioni di nutrizione, indenne da difetti scheletrici.



FIG. 5. — A 4 anni dall'inizio: residua una « coxa plana » S.

Si fa visitare per un dolore al ginocchio sin., insorto lentamente e datante da qualche settimana, e messo in rapporto con un pregresso trauma risalente ad 1 mese e mezzo prima. All'esame obiettivo nulla si rileva di notevole a carico dei grandi apparati. Esiste elevazione termica di qualche decimo.

La parete antero-inferiore del ginocchio S. è lievemente edematosa, dolente alla palpazione. La percussione indiretta non risveglia dolore nell'ambito dell'articolazione. I movimenti attivi e passivi sono conservati: ma la flessione viene volontariamente limitata per prevenire il dolore che compare qualora la si spinga oltre un certo grado. La deambulazione è incerta per la rigidità di difesa del ginocchio.

Rivedo spesso il ragazzo durante due settimane, ripetendo soprattutto l'esame dell'apparecchio respiratorio, senza peraltro trovare una causa alla persistente febbricola. Prescrivo dapprima salicilici (nell'ipotesi di una monoartrite reumatica), indi frizioni *loco dolenti* con oleosol: risultato nullo. Eseguo un'analisi delle urine che risulta negativa; pure negativa è la cutireazione ripetuta per due volte. È da escludere il sospetto di una precedente infezione blenorragica.

Mi sembra di poter scartare l'ipotesi di una tbc., in ogni modo consiglio la radiografia. Questa permette di constatare la perfetta integrità dell'articolazione, menisco interarticolare compreso: ciò in proiezione frontale. Per un incidente tecnico, sopraggiunto all'ultimo momento, non è possibile eseguire la laterale: quella, indubbiamente, più interessante e di maggior valore.

Ad onta del mancato sussidio che avrebbe potuto offrire, dal lato diagnostico, la radiografia, l'insorgenza del dolore alla pressione in un punto circoscritto corrispondente al tub. ant. della tibia; l'edema; la flessione dolorosa; il buono stato generale; in fine l'età del paziente, fanno propendere per una m. di O.-Schl. E in questo senso viene indirizzata la terapia.

Immobilizzo con apparecchio gessato il ginocchio, ottenendo, per questo solo provvedimento, la scomparsa della febbre e dei dolori. Dopo un mese desidero far ripetere la radiografia: purtroppo in quei giorni il paz. si allontana dalla condotta.

Vengo in seguito a conoscere dai parenti quanto appresso: dopo 15 dì da che era a casa sua il ragazzo, stanco di portare il gesso, lo toglie egli stesso e, ricuperata la... libertà articolare, si dà con foga al ciclismo, asserendo essere questa l'unica cura adatta alla sua malattia. Difatti avviene la guarigione che perdura da due anni a tutt'oggi.

Guarigione che, mi sembra, serve a confermare la diagnosi di m. di O.-Schl. a decorso subacuto.

Molina di Ledro (Trento), dicembre 1933.

## RIASSUNTO.

L'A. descrive, ai fini della diagnosi differenziale con la tbc. articolare, le malattie di Perthes e di Osgood-Schlatter, e riporta due casi personali.

## BIBLIOGRAFIA.

ALBERTI O. *Osteodistr. giov.* Atti VIII Congr. Radiologico, Firenze, 1928.
BUCHMANN. *Riass. sull'osteocondr.* Clin. Chirur., 1930.
CECONI. *Tratt. ital. Med. int.*, 1933.
COZZOLINO. *Pediatr.*
DELITALA. *Osteocondr. o coxite tbc.?* Chir. org. movim., vol. X.
DONATI. *Scritti in onore di Alessandri.* Ed. Policl., 1933.
FEER. *Mal. Bamb.*
ID. *Diagnostica.*
GIUNTINI. *Osteocondr. nella lussaz. cong. d'anca rid.* Clin. Chir., 1928.
HASS. *Etiol. dell'osteocondr.* Ibid., 1925.
JOSSERAND. *Lesioni iniz. osteocond.* Ibid., 1927.
KAUFMANN. *Anatom. patol.*
KLEMPERER. *Enciclop.*, voll. I-IV-VIII, 1933.
STRANSKY. *Comp. pediatria.*
UFFREDUZZI. *Coxa plana.* Chir. org. mov., vol. VII.

## RIVENDICAZIONI

### A proposito della produzione di antiormoni ed in special modo della cura del diabete pancreatico con antiormone ipofisario.

Riceviamo e pubblichiamo:

Il 13 del giugno corrente, il *New York Times* pubblicò un rapporto di una delle sedute del congresso della « American Medical Association » in cui il prof. Collip di Montreal, Canadà, comunica la scoperta della produzione di antiormoni, per mezzo di iniezioni di ormoni nel cavallo ed altri animali.

Quindici anni prima che il Collip pensasse agli antiormoni, io pubblicavo un articolo sulla produzione di un siero antipituitario da me ottenuto iniettando i cavalli con dosi crescenti di pituitrina. (Antipituitary serum, in *New York Medical Journal*, nov. 1, 1919).

Nello stesso giornale, 16 maggio 1923, pubblicai un altro articolo sullo stesso argomento (Antipituitary serum, a biological treatment of diabetes). La scoperta, o riscoperta, della insulina naturalmente fermò il mio lavoro dal punto del diabete, benchè io mi riconosca ancora il merito di avere tentato un mezzo di cura biologica del diabete, quando non vi era altro metodo che la dieta.

Tuttavia, pubblicai ancora un articolo sull'antagonismo funzionale tra pancreas e pituitaria nel metabolismo dello zucchero, ed un articolo (*Riforma Medica*, n. 44, 1924) sopra una reazione da precipitine del siero antipituitarico con l'estratto di pituitaria e di una analoga reazione tra pituitrina, insulina e siero normale.

A questa importanza della pituitaria e ad un possibile antagonismo fra essi ed il pancreas si va pensando ora da altri, sempre senza accorgersi del mio lavoro, nonostante le mie diverse pubblicazioni, la più recente delle quali comparve nel 1929 (The control of Hypertension by antipituitary serum, by Legiardi Laura and Ch. Brim, in *International Clinics*, vol. III, series 39).

Lasciando da parte che nel 1926 tutti i quotidiani degli Stati Uniti e del Canadà si occuparono di una comunicazione fatta da me su questo argomento, ad una società medica di New York (oltre una patente da me ottenuta nel Canadà), la mia priorità in confronto del Collip, che è un distinto scienziato ed uno dei collaboratori di Banting nel lavoro dell'insulina, è evidente, da quanto sopra.

C. Legiardi Laura, New York.

# SUNTI E RASSEGNE.

## NEOPLASMI.

### Tumore di Ewing (linfangioendotelioma primitivo intracorticale e sottoperiosteo).

(Dominic A. de Santo. *Archives of Surgery*, gennaio 1934).

Chi studia il capitolo dell'endotelioma delle ossa, e in genere i tumori endoteliali, resta colpito dalla grande confusione che esiste nella terminologia e nella classificazione di questi tumori.

Ewing nel 1921 fu il primo a presentare una larga serie di casi e, quello che è più importante, fu egli che classificò questi tumori in un gruppo chiaramente distinto clinicamente e radiologicamente. Egli riassunse così le caratteristiche di questi tumori:

1) il tumore compare in persone giovani da 14 a 19 anni di età;

2) le ossa colpite sono la tibia, l'ulna, l'ischio, le ossa parietali e la scapola;

3) il tumore cresce lentamente, è spesso dolente e di consistenza molle;

4) il radiogramma è caratteristico; è interessata un'estesa porzione della diafisi, le epifisi sono ordinariamente risparmiate. Contrariamente al sarcoma osteogenico, il tumore produce un leggero ingrossamento della diafisi, ma con un graduale assottigliamento della struttura ossea e assenza di produzione ossea;

5) i tumori sono radiosensibili. Questo è probabilmente il carattere più importante che ne ha fatto fare un gruppo a parte.

La incertezza che circonda l'origine e la natura dei tumori di Ewing è espressa dalla grande varietà di nomi coi quali essi sono conosciuti. « Endotelioma diffuso », « Endoteliomieloma », « Sarcoma di Ewing » e « Sarcoma reticolare del midollo osseo » sono solo una piccola raccolta dell'estesa nomenclatura al riguardo. Anche la sede primitiva del tumore è controversa.

Prevale oggi l'idea, confermata dallo studio di alcuni casi, che la sede primitiva sia sottoperiostea e intracorticale, con invasione secondaria e in minima parte del midollo. Nel caso riportato dall'A. non c'è dubbio che il tumore si origina spontaneamente dall'endotelio dei vasi linfatici, perchè esiste una diretta continuità tra gli spazi linfatici normali nei canali di Havers e quelli anormali nella zona sottoperiostea e midollare.

Sulle teorie dell'origine dei tumori endoteliali Ewing enumerò alcuni fattori possibili: 1) la stasi linfatica con linfangettasia: 2) l'accrescimento neoplastico dei vasi linfatici: e

3) l'accrescimento eteroplastico dei vasi linfatici in tessuto di granulazione.

La sede primitiva dei tumori di Ewing è nello spazio sottoperiosteo e nella sostanza corticale, precisamente nelle sedi dove esiste l'endotelio linfatico. L'A. pensa che nel caso a lui occorso il tumore derivava dall'endotelio linfatico perivascolare giacente negli spazi di Havers e nello spazio sottoperiosteo, e che questa probabilmente rappresenta la sede di origine del tumore di Ewing in tutti i casi. Certo questa ipotesi può spiegare la distruzione precoce del sistema haversiano, che è patognomonico.

Le conclusioni dell'A. sull'argomento sono le seguenti:

1) È riportato un caso di linfangioendotelioma primitivo intracorticale e sottoperiosteo; così designato perchè il tumore poteva essere seguìto nei linfatici perivascolari dei canali haversiani e in quelli sottoperiostei, e perchè le cellule tumorali secernevano linfa.

2) Il decorso clinico e il quadro patologico macroscopico e microscopico di questo tumore soddisfaceva ogni criterio del così detto tumore di Ewing.

3) Nessun campo della patologia è più confuso di quello dei tumori endoteliali delle ossa. Molti casi riportati anche oggi come esempi di tumore di Ewing rappresentano altri tipi di tumore.

4) Il concetto che il tumore di Ewing è un tumore primitivo osteolitico della cavità midollare è erroneo e deve essere abbandonato.

5) Probabilmente in ogni caso vero il tumore di Ewing è un linfangioendotelioma, che si origina nell'endotelio linfatico dei canali haversiani e dello spazio sottoperiosteo. L'interessamento della cavità midollare, quando è prevalente, è probabilmente secondario.

6) Questo concetto è in armonia con la conoscenza anatomica dei linfatici delle ossa, perchè non sono stati mai dimostrati linfatici nel midollo osseo, mentre sono ben noti i linfatici perivascolari nella sostanza corticale e al disotto del periostio. R. MARTONE.

## Contributo alla anatomia e chirurgia del medulloblastoma.

(WANKE R. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 177, pag. 528, 1933).

Il medulloblastoma è un tumore gliomatoso della fossa cranica posteriore, tipicamente situato nella parte media del cervelletto e con caratteri anatomici e clinici caratteristici. Il tumore compare nei fanciulli e nei giovanetti (in media all'età di anni 8,3 - Cushing) e colpisce molto più frequentemente il sesso maschile. Secondo Cushing rappresenta l'8,4 % di tutti i tumori della glia. È da tener conto rispetto alla sua localizzazione, che il 38 % dei tumori della fossa cranica posteriore in bambini e giovanetti sono rappresentati dal medulloblastoma.

Secondo Cushing i tumori del verme possono essere distinti nello astrocitoma (42 %) nel medulloblastoma (35 %), nell'emangioblastoma (12 %) e nell'ependimoma (11 %). A differenza del medulloblastoma che ha il massimo di frequenza fra 5 e 10 anni, l'astrocitoma è prevalente fra i 10 e i 15; dopo i 15-20 anni questi due tumori si fanno molto rari.

Il quadro clinico è molto caratteristico e quindi la diagnosi nella maggior parte dei casi facile può essere possibile anche in una fase in cui la diagnosi neurologica non può esser posta.

Il tumore è formato da cellule piccole, uniformi, rotondeggianti, simili a linfociti con pochissimo stroma e abbondanti vasi. La struttura è identica nel tumore primitivo e nelle sue metastasi. A forte ingrandimento alcuni nuclei sono fortemente colorati con cromatina diffusa in tutto il nucleo, altri sono più chiari con filamenti sottili di cromatina.

Nello stadio iniziale del tumore, predominano le cellule a nucleo più chiaro dette medulloblasti; nelle fasi terminali avviene l'opposto. Talvolta si possono trovare delle formazioni a pseudorosetta. L'aspetto istologico conferma l'ipotesi di una origine da uno stadio molto precoce dello sviluppo del cervello.

L'origine del tumore avverrebbe dai medulloblasti che compaiono al 3° mese di vita embrionale nella regione del verme; crescono rapidamente e finiscono per scomparire nel 1° mese della vita extra-uterina. Gli elementi si portano nella corteccia cerebellare e contribuiscono alla formazione degli strati più interni. Da queste cellule indifferenziate parte la neoformazione che per tale ragione ha una sede caratteristica. Le cellule a nucleo scuro danno origine agli spongioblasti, agli astroblasti, e astrociti, quelli a nucleo chiaro alla oligodendroglia e ai neuroblasti.

Di rado però si rinvengono in questi tumori strutture più differenziate come la comparsa di spongioblasti e di neuroblasti; assieme a questa maggiore differenziazione del tumore si trova una maggior quantità di connettivo.

Caratteristica dello stadio avanzato di sviluppo del tumore è la comparsa di metastasi negli spazi sottoaracnoidei del cervello e del midollo spinale, l'invasione dei ventricoli e forse del canale centrale del midollo. Compaiono così una quantità di noduli che qualche volta sono distribuiti a mantello nel midollo. La possibilità della metastasi caratterizza il medulloblastoma dagli altri tumori gliomatosi.

La conoscenza della sede di origine del tumore è importante dal punto di vista chirurgico; come abbiamo visto è il verme ed il tetto del quarto ventricolo. Però scoprendo il cer-

velletto, è molto difficile di riconoscere il tumore. Occorre fare particolare attenzione alla regione inf. del verme, alla regione del calamo scrittorio. Per tale ragione, sec. Cushing, occorre asportare la circonferenza posteriore del forame occipitale e l'arco posteriore dell'atlante. Spesso si trova solo una leggera prominenza o un lieve allargamento del verme. Naturalmente, se ci sono metastasi, la diagnosi è facile.

Il tumore viene aggredito con una sezione longitudinale del verme che arrivi ad aprire il tetto del quarto ventricolo. Il tumore viene asportato con l'aspirazione.

Per l'accrescimento infiltrativo non è possibile una asportazione radicale. Il tumore non è mai cistico e in ciò si differenzia dall'astrocitoma.

Nel quadro clinico si nota la breve durata della malattia che inizia con vomito mattutino con senso di vertigine, cefalea transitoria e depressione psichica. Se compaiono segni obbiettivi di aumento della tensione cranica, papilla da stasi, paresi dell'abducente, disturbi della deambulazione ecc. in giovane età anche senza segni di localizzazione si può porre il reperto diagnostico di una lesione della fossa cranica posteriore.

I segni iniziali sono da riferirsi alla compressione subtentoriale della fossa cranica posteriore con chiusura delle comunicazioni dal liquor al IV ventricolo, cioè a un idrocefalo interno occluso.

Con la ventriculografia, in questo stadio si può notare la asimmetria del corno posteriore dal lato del tumore.

Il passaggio allo stadio avanzato è rapido e può essere improvviso. Clinicamente, dall'inizio della malattia alla morte decorrono in media 8 mesi. Per tale ragione la diagnosi deve essere precoce, altrimenti non si possono sperare dei risultati.

Secondo Cushing la malattia può essere distinta in una fase precoce, media, avanzata ed estrema.

La prognosi è sempre riservata perchè anche nel caso di intervento possibile si può sperare solo in un prolungamento della vita.

La semplice decompressione suboccipitale dà un miglioramento notevole ma naturalmente transitorio, l'estirpazione parziale del tumore è anch'essa seguita da un miglioramento transitorio, di durata leggermente maggiore. A Cushing con una mortalità del 40 % è riuscito di allungare il periodo di sopravvivenza, in media a 17 mesi dopo l'operazione.

È che il medulloblastoma è un tumore particolarmente maligno perchè molto immaturo: per tale ragione reagisce molto bene alla roentgenterapia; con questa si ottengono sopravvivenze di 12-14 mesi. Però la roentgenterapia deve seguire la decompressione chirurgica.

P. VALDONI.

## Il cancro bilaterale della mammella.

(CH. LENORMANT. *Le Progrès Médical*, n. 10, 10 marzo 1934).

L'A. afferma che i casi di cancro bilaterale della mammella, benchè costituiscono — come dice Lécéne — una rarissima eccezione (2,3 % secondo l'A.; 2 % secondo Dessaint; 0,5 % secondo Grégoire; 0,9 % secondo Wainwright; 5 % secondo Handley; 6 % secondo Hartmann; 7 % secondo Williams; l'1 ½ % secondo Hofhauser) pure sono degni di attenzione dal triplice punto di vista delle forme cliniche. delle eventuali relazioni tra i due tumori ed infine della prognosi e trattamento.

Tra *le forme cliniche* l'A. distingue:

1) Il cancro acuto o mastite carcinomatosa acuta — descritta da Klotz (1869) e Volkmann (1875) — fortunatamente rara, osservata in donne giovani, quasi sempre durante la gravidanza o l'allattamento e che spesso compare simultaneamente nelle due mammelle, con decorso rapidissimo. Si manifesta con dolori vivi, che però possono mancare, con tumefazione diffusa, rapidamente crescente, di consistenza dura, priva di noduli isolati, accompagnata da edema, arrossamento o cianosi dei tegumenti ed aumento della temperatura locale. Gangli ascellari sempre precocemente presi e talora riuniti alla ghiandola da un cordone di linfangite cancerosa. Febbre spesso elevata, stato generale compromesso, morte in capo a qualche mese o anche prima (6 settimane nel caso di Billroth; 38 giorni in quello di Aitkin; 15 giorni in un caso dell'A.). Questa forma clinica però, non è sempre così caratteristica, potendo restare unilaterale ed osservarsi in donne anziane di 48 (Hofhauser) di 52 (Orbach) anni.

2) Le forme croniche, sono meno rare e più variate e distinte in forme apparentemente primitive e forme sviluppatesi su alterazioni precedenti, più o meno vecchie della ghiandola.

A questo proposito l'A. discute il problema della trasformazione maligna della malattia cistica e delle mastiti, trasformazione molto rara ma molto fondata: caso di Costantini (cancro mammario bilaterale associato a lesioni antiche di mastite cronica); caso di Soupault (sviluppo di epitelioma atipico in mammella con malattia cistica); caso di Hofhauser (cancro sviluppato su formazioni fibro-ghiandolari antiche); due casi di malattia cistica con successivo sviluppo di cancro, osservati e seguiti dallo stesso A. Queste forme sviluppatesi su lesioni persistenti avrebbero un decorso relativamente lento, un'invasione ganglionare tardiva e quindi, secondo l'A., sarebbero meno maligne dei cancri primitivi.

Le forme primitive, che rappresentano la maggioranza dei casi di cancro bilaterale, non differiscono clinicamente dal cancro unilate-

rale e possono presentare le varietà classiche dello scirro, del nodulo duro e diffuso intramammario, talora dell'encefaloide, l'invasione abituale dei gangli ecc., benchè Dessaint — erroneamente secondo l'A. — creda caratteristiche dei cancri bilaterali: l'inizio centrale, la presa in massa della ghiandola, la quasi costante invasione della pelle e la frequenza delle aderenze profonde.

Interessante invece, secondo l'A., è la relazione cronologica tra i due tumori che possono perciò essere distinti in successivi e simultanei.

I successivi (l'A. ne riporta 3 casi) che sono di gran lunga più frequenti (22 sui 32 casi di Dessaint), si succedono in media, secondo Dessaint, a due anni di distanza l'uno dall'altro, ma questo periodo può variare da 6 mesi (caso personale dell'A.) a 11-15 anni (caso di Heurtank) e contrariamente a quanto sostiene Dessaint, l'A. considera rare le recidive locali o nei gangli omolaterali.

I cancri bilaterali simultanei, più rari (10 sui 32 casi di Dessaint; 7 raccolti da Ricard (1885); 17 da Monthonk; 1 di Léo; 2 di Hofhauser; 2 riportati dall'A.) ma più interessanti, si rivelano a qualche settimana di intervallo e tranne qualche caso (Patel) con sviluppo e decorso paralleli, in genere non sono quasi mai identici.

Circa le *eventuali relazioni esistenti* fra i due tumori, l'A. discute le due ipotesi che considerano l'invasione cancerosa della seconda ghiandola o come una comune metastasi di generalizzazione o come una propagazione locale dovuta sia alle anastomosi dirette, sanguigne e linfatiche, tra le due mammelle, sia embolia retrograda alle anastomosi linfatiche tra il quadrante supero interno della ghiandola di un lato ed i gangli ascellari del lato opposto (ricerche di Rieffel, Poirier, Gerota). La prima ipotesi se può ritenersi vera nei casi con metastasi latenti nei varî organi (suggestivi a riguardo due dei casi di Hofhauser) non può adattarsi a tutti i cancri bilaterali che spesso invadono solo i gangli regionali, come in 5 delle 6 osservazioni dell'A.

La seconda ipotesi, benchè ammessa da alcuni AA., ha contro sia la scarsezza e la poca entità delle invocate anastomosi, sia l'esistenza di cancri con adenopatia controlaterale, nei quali il tumore primitivo non aveva sede nel quadrante supero interno della ghiandola.

L'A. perciò crede che spesso i due cancri sieno indipendenti l'uno dall'altro come dimostrerebbero i casi in cui il secondo cancro compare dopo 7-10-15 anni dall'asportazione del primo, non recidivato, e i casi in cui i due tumori hanno struttura istologica differente (casi di Delbet, Gregoire, Costantini, caso personale dell'A.).

La prognosi del cancro bilaterale della mammella è da tutti gli AA. considerata particolarmente cattiva e più o meno grave a seconda della varietà clinica.

Il cancro acuto o mastite carcinomatosa bilaterale, ha sempre esito infausto a scadenza di alcune settimane o di alcuni mesi al massimo. I cancri bilaterali simultanei sono anche eccezionalmente gravi e secondo Williams, la sopravvivenza non andrebbe oltre i due anni; nella raccolta di Dessaint, tutte le malate, meno una, sono morte dentro il primo anno. Vi è tuttavia qualche eccezione come il caso di Femmeney e Mathey-Cornat (scirro bilaterale da 10 anni); uno di Soupault (nessuna recidiva dopo i tre anni); quello di Léo (buone condizioni dopo parecchi anni); quello di Vanverts (sopravvivenza di 10 anni).

I cancri bilaterali successivi hanno la stessa prognosi del cancro unilaterale ,diventando fatalmente gravi con la comparsa del secondo tumore o di una recidiva locale. Non manca però qualche caso di sopravvivenza duratura dopo l'amputazione delle due mammelle (operate di Heurtaux, una ha avuto una recidiva 10 anni dopo la prima e 7 anni dopo la seconda operazione; un'altra è colpita dal secondo cancro 15 anni dopo l'asportazione del primo).

L'operazione, secondo l'A., è sempre indicata, salvo che nelle forme acute e in quelle con generalizzazione.

Nei cancri bilaterali simultanei l'A. consiglia di distanziare i due interventi di almeno 15 giorni e successivamente eseguire un trattamento radioterapico delle regioni mammarie e ganglionari e delle ovaie.

SCANDURRA.

## Considerazioni sul cancro della parotide.

(E. MARTINEZ. *Boletin de la liga contre el cancer*, ottobre 1933).

Il cancro della parotide è una affezione molto rara, infatti su 4000 casi di cancro, nel suo Istituto si sono presentati solo 6 casi che avevano questa localizzazione. Vi sono due varietà che si presentano ordinariamente:

*A*) gli epiteliomi a evoluzione rapida, invadente, distruttiva, recidivante e che dal punto di vista istologico possono presentare 3 varietà: 1) forma atipica; 2) forma ghiandolare; 3) forma canalicolare.

*B*) i tumori misti che sono costituiti da una straordinaria varietà di tipi (encondromi, fibromi, mixomi, ecc.), tutti a evoluzione molto lenta.

Le metastasi avvengono attraverso i linfatici della parotide che vanno ai gangli parotidei vicini e con più frequenza attraverso un tronco collettore che si trova lungo la parte antero inferiore della ghiandola, si dirige al davanti e in basso incrocia superficialmente la parte inferiore della regione masseterica e sbocca nei gangli sottomascellari retrovascolari.

L'autore dopo essersi diffuso riguardo alla distribuzione dei gangli della parotide, riferisce sull'analisi più completa sui tumori della parotide fatta da J. Mc Farland, che comprende lo studio di 135 casi di cancro della regione parotidea e riporta le conclusioni che sono:

1. I tumori della regione parotidea variano molto nella loro struttura istologica e manifestazione clinica, onde è difficile una diagnosi esatta ed una prognosi sicura.

2. I tumori, considerati come tumori misti tipici, causano frequentemente la morte per le loro ripetute recidive e le loro infiltrazioni, però rare volte danno metastasi in organi lontani.

3. I tumori che microscopicamente si possono considerare come sarcomi o carcinomi possono guarire e non dare segni per lunghi anni.

4. Le recidive si possono presentare anche 30 anni dopo.

5. I tumori sono maligni per sè stessi e per una degenerazione carcinomatosa o sarcomatosa.

6. L'età non ha relazione alcuna con la malignità o benignità del tumore.

7. Quando l'evoluzione è rapida e si opera il paziente oltre il primo anno e il tessuto escisso è un carcinoma, il prognostico è molto grave.

8. Non si consiglia l'operazione dei tumori piccoli, perchè questi sono i più adatti per le recidive.

9. La radiazione sembra non abbia dato beneficio alcuno.

Lo studio dei sei casi trattati dall'autore porta alle seguenti conclusioni:

La biopsia iniziale ci dà il diagnostico e il prognostico, classificando gli epiteliomi a prognosi grave e i tumori misti dotati di una certa benignità e lentezza nella loro evoluzione.

In quanto al trattamento la chirurgia seguita da una forte dose di radium è la condotta da seguirsi negli epiteliomi. Nei tumori misti il trattamento radiumterapico deve essere l'iniziale e se non porta alla scomparsa del tumore, bisogna operare. N. Di Paola.

# MISCELLANEA.

## La cura dell'ipertensione arteriosa con la ginnastica respiratoria.

(L. G. Tirala. *Med. Welt*, 7 luglio 1934).

L'A. asserisce che la ginnastica respiratoria praticata sistematicamente e con un determinato metodo è capace di fare scendere a limiti normali pressioni di 200 mm. e oltre, e di far scomparire ogni disturbo collaterale, e aggiunge che nella sua pratica ormai settennale il suo metodo non gli ha mai dato una delusione. Egli parte dall'osservazione del profondo respiro degli eclamptici, che interpetra come una reazione di difesa all'ipertensione, e ricorda che molte religioni comandano come norma igienica la ginnastica respiratoria. Osserva che mentre un salasso di media entità non fa diminuire la pressione arteriosa che di qualche cm. di Hg., una respirazione profonda protratta per 5-10 minuti ne rinforza l'azione ipotensiva fino a provocare una caduta della pressione di 30-40 mm. di Hg.

La tecnica del metodo di cura è esattamente precisata: respirare profondamente e regolarmente, in modo da vuotare e riempire alternativamente d'aria i polmoni al massimo possibile, occupando nella fase espiratoria 5-10 secondi all'inizio della cura e 30-40 più oltre.

Tale ginnastica va continuata per 5 minuti e ripetuta tre volte ogni giorno. Si deve porre attenzione che non vi sia meteorismo che difficulti la discesa del diaframma e provvedere a tale inconveniente tenendo libero l'intestino e somministrando assorbenti dei gas.

La respirazione va eseguita all'inizio in posizione distesa nei casi gravi, poi a sedere e infine in piedi. Già dopo i primi minuti si osserva al Riva-Rocci una diminuzione evidente della pressione (più della mx che della mn) che poi, col continuare della cura, che va protratta per molte settimane, si stabilizza su valori normali.

Naturalmente i casi che meglio rispondono a questa terapia sono quelli nei quali l'ipertonia è solitaria, non accompagnata cioè da lesioni arteriose o viscerali. In questi scompaiono del tutto, con l'abbassarsi della pressione, i disturbi generali esistenti. Ma anche gli altri ammalati si giovano della cura.

L'A. interpreta i buoni risultati ottenuti come dovuti ad un fattore meccanico e umorale: l'aumento della gittata sistolica prodotta dalla migliorata circolazione polmonare e dal facilitato afflusso e deflusso del sangue dal cuore stimola il nervo depressore e il seno carotideo, onde diminuzione delle resistenze periferiche; d'altro lato si ha una migliorata distruzione delle scorie circolanti, e infine la tendenza all'alcalosi provocata dall'iperpnea, porta ad uno spostamento dell'equilibrio ionico e acido-basico del sangue e dei liquidi dei tessuti nel senso di un predominio degli elementi ad azione inibitoria sul tono vasale e sul centro vaso-motore. E poichè l'ipertensione essenziale è soprattutto una malattia del tono dei vasi e probabilmente un disturbo del centro vasomotore, sembra che tale meccanismo possa realmente avere una certa efficacia d'azione.

Il metodo, in conclusione, è della massima semplicità: l'A. ne vanta gli ottimi risultati: non resta che saggiarlo per convincersi del suo reale valore.

Puddu.

## L'insulina come cicatrizzante.

(PH. BARRAL. *Paris Médical*, 7 luglio 1934).

L'insulina, oltre che nel diabete alla cui cura sembrava inizialmente riservato, ha trovato utili applicazioni in altri stati morbosi.

Tra le più recentemente rilevate e forse tra le più efficienti è l'indicazione nelle cure delle piaghe atoniche, delle escari, delle ulceri delle gambe, delle ulceri gastro-intestinali.

Pautrier, Ambard e Schmidt constatarono la guarigione di ulceri delle gambe in un diabetico curato con l'insulina. Successivamente gli stessi autori guarirono con lo stesso medicamento ulceri in individui iperglicemici ma non glicosurici ed anche in individui con glicemia normale. Alcune loro osservazioni costituiscono meravigliosi successi terapeutici: in un caso ottennero la cicatrizzazione in qualche settimana di cura vasta ulcera datante da 14 anni.

Invece di adoperare l'insulina per iniezione sottocutanea, ne impiegarono anche la polvere mista a lattosio ed infine pomate a base d'insulina.

Neumarck utilizzò l'insulina non solo con iniezioni a distanza e con applicazioni locali, ma anche con iniezioni intradermiche ai margini dell'ulcera.

Barrol, Gaté e Tavernier adoperarono l'insulina nella cura delle ulceri delle gambe, delle piaghe atoniche e delle escare.

Nel 1926 Feissly pubblicò un caso di guarigione rapida di un'ulcera gastrica, ribelle ad ogni cura, mediante il trattamento insulinico. Nel 1927 Goyena dimostrò in un caso analogo che alla guarigione clinica corrisponde la guarigione anatomica con cicatrizzazione dell'ulcus. Nello stesso anno Horowitz rilevò la scomparsa progressiva del tipico reperto radioscopico di un'ulcera duodenale nel corso della cura insulinica. Tale risultato lo stesso autore ottenne poi in molti altri malati. Siminitzky ottenne buoni risultati in venti malati trattati con iniezioni di insulina.

L'impiego dell'insulina nella cura delle piaghe atoniche si è molto diffuso. L'A. ne pubblica due casi molto interessanti per gli effetti ottenuti, ed uno di essi particolarmente dimostrativo: un fratturato della colonna vertebrale che stava per morire a causa di larghe escare ha veduto la sua situazione del tutto capovolta. Con iniezioni quotidiane di 15 unità d'insulina precedente dall'ingestione di 20-50 grammi di zucchero le piaghe si sono rapidamente ripulite. Se non fosse sopravvenuta un'infezione urinaria egli si sarebbe salvato.

Le ulceri delle gambe, sono rapidamente influenzate dal trattamento insulinico. Al secondo o terzo giorno il paziente avverte a livello della piaga un senso di calore e anche di scottatura. Intanto il fondo dell'ulcera si arrossa e si libera delle secrezioni purulente, sanguina in qualche punto e presenta qualche granulazione. Il miglioramento inizialmente rapido procede quindi più lentamente sicuro fino alla cicatrizzazione.

Le ulceri varicose risentono meno o per nulla i benefici di tali cure. Nelle ulceri delle gambe di sifilitici la cura insulinica dà buoni effetti quando sia associata a quella specifica.

Nelle ulceri gastro-intestinali il trattamento insulinico produce incontestabilmente un miglioramento, ma conviene essere prudenti nell'affermare la guarigione. Clinicamente, la scomparsa completa dei sintomi non deve essere ritenuta come prova di guarigione se non quando essa persiste per molto tempo. È risaputo che le ulceri gastro-duodenali hanno spesso remissioni, anche prolungate. Tuttavia la cura insulinica negli ulcerosi è giustificata dai fatti finora pubblicati e sopra tutto dalla scomparsa dei fenomeni dolorosi. Ma conviene assolutamente astenersene nei sospetti di cancro o quando esiste una stenosi organica o una perigastrite. A parte queste riserve la cura insulinica può essere tentata accompagnandola a tutti i trattamenti oggi in pratica. La dose d'insulina da iniettare è di 10-15 unità preceduta da ingestione di 20-80 grammi di zucchero. Le iniezioni si praticheranno per 15 giorni e potranno ripetersi dopo 2 o 3 mesi. La maggioranza degli autori ritiene che la benefica influenza dell'insulina sul processo di cicatrizzazione si riconnette alla sua azione sul metabolismo degli idrati di carbonio, anche quando questo non risulta alterato.

Sta di fatto che gli esperimenti istituiti da Barral e Cade hanno messo in evidenza che l'insulina non attiva il processo di guarigione delle ferite banali. Le asportazioni di cute praticate su ratti cicatrizzano nel medesimo lasso di tempo tanto negli animali sottoposti al trattamento insulinico quanto nei testimoni.

Tuttavia sembra l'insulina agisca favorevolmente quando il processo di cicatrizzazione è disturbato da particolari condizioni. In effetti Barra e Morelon hanno dimostrato che i malati i quali presentano una curva d'iperglicemia provocata risentono più nettamente l'influenza dell'insulina nella cura delle ferite.

Questi fatti farebbero ritenere che l'insulina spiegherebbe il suo massimo di efficacia negli individui con insufficienza glicolitica latente, senza glicemia e senza glicosuria, nei quali il disturbo dell'utilizzazione degli idrati di carbonio può essere messa in evidenza mediante la prova dell'iperglicemia provocata.

Nei casi nei quali le piaghe ritardano a guarire per altre condizioni (sifilide, varici, ecc.) l'insulina da sola non ha alcuna azione terapeutica. Essa può spiegare un'influenza favorevole solo se associata al trattamento della condizione che alimenta il processo patologico.

Comunque se non si può domandare all'insulina di essere un medicamento sicuro nelle cure delle piaghe, delle ulceri, ecc., essa costituisce un tentativo da non trascurare in casi determinati

DR.

# DIVAGAZIONI

## Ghiandole endocrine e personalità

Le ghiandole endocrine hanno una parte importante, se non assoluta, nella determinazione della personalità biopsicologica e nelle sue manifestazioni sociali. Esse, non soltanto regolano la conformazione fisica, la statura, il tipo dei capelli, ecc., ma anche le caratteristiche mentali e le qualità morali. I loro prodotti agiscono poi reciprocamente l'uno sull'altro, compensando eventualmente i rispettivi difetti. Le ghiandole più significative sono la tiroide, i surreni, la pituitaria, le paratiroidi e le gonadi. È pertanto interessante la determinazione retrospettiva della funzionalità di tali ghiandole in individui eminenti, mediante l'indagine retrospettiva della loro vita. Uno studio di tal genere viene fatto da H. B. Fantham (*Character and personality*, marzo 1934) su Carlo Dickens, una delle figure più note dell'epoca Vittoriana e specialmente conosciuto in Italia per il suo « Davide Copperfield ».

Piccolo per la sua età e malaticcio. C. Dickens andò soggetto da bambino a spasmi. La sua malferma salute gli diede grande inclinazione per la lettura; era un bambino pensieroso, molto sensibile. Nei primi anni della vita adulta, aveva lineamenti delicati e belli, con faccia ovale, begli occhi scuri, capelli abbondanti e bocca larga, sensuale. In tale tempo, aveva soprattutto passione per lunghe passeggiate e per il cavalcare.

Da uomo, ebbe abitudini di attività, spirito geniale ed esuberante, grande fertilità d'intelligenza, mente aperta a tutti i campi. Combattè per l'ideale di un mondo in cui trionfasse la bontà e fu sempre immune da gelosie letterarie. Aveva un perfetto controllo di sè stesso anche nelle conferenze e nelle varie riunioni a cui prese parte. I conflitti con la moglie gli amareggiarono la vita per un certo periodo. Da ultimo, un sinistro ferroviario gli provocò una grande scossa del sistema nervoso. Il superlavoro, data la sua costituzione non troppo robusta, affaticò la tiroide e favorì il collasso e la morte avvenuta ad età relativamente giovane, a 58 anni.

Alla scarsa funzionalità delle *paratiroidi* vanno attribuiti gli spasmi e lo stato malaticcio dell'infanzia del Dickens, nonchè le altre caratteristiche di tale età. Nella vita adulta, le paratiroidi hanno minore importanza: ad ogni modo, la loro scarsa funzionalità ed il superlavoro della tiroide e dei surreni sono state la causa della sua irrequietezza e della sua incapacità al riposo.

Ma quello che rappresenta la vera caratteristica della vita di Dickens è l'eccezionale vigore delle secrezioni tiroidea e surrenale. Egli è stato fisicamente il tipico tiroideo, come pure lo è stato intellettualmente, per l'enorme produzione (libri, commedie, ecc.) e per l'acutezza e sagacia d'osservazione e moralmente per la sua attività spesa per il bene.

All'iperefficienza tiroidea, si accompagnò in Dickens una buona attività surrenale. Più che della parte corticale (connessa con la pugnacità e lo sviluppo sessuale) Dickens aveva bisogno della parte midollare, per poter sostenere lo sforzo del lavoro e permettergli di accumulare libri su libri (in cui s'identifica spesso con alcuni dei protagonisti) di mantenere un'attiva corrispondenza, di fare lunghi e frequenti viaggi e passeggiate.

Certamente, egli pagò il fio di tale iperattività, anche per lo sforzo sostenuto per le conferenze. All'iniziale debolezza per la deficienza paratiroidea, egli supplì con l'iperattività tiroidea; i periodi di depressione e di stanchezza, con scarso appetito, a cui andò soggetto dimostrano le fluttuazioni dell'attività surrenale, intimamente connessa con quella tiroidea.

L'attività della *pituitaria* (lobo anteriore) viene dimostrata dalla buona virilità, dall'ambizione, dallo spirito sempre risollevantesi. La sua suscettibilità, il sentimentalismo, il grande bisogno di simpatia, la incapacità a vivere la vita solitaria indicano una attiva funzionalità del lobo posteriore della pituitaria.

Il vigore, l'energia, la simpatia che Dickens destava stanno a dimostrare il buon equilibrio fra la pituitaria, i surreni e la tiroide, con il predominio di queste due ultime ghiandole.

Meno evidenti sono le influenze di altre ghiandole, come il timo e le gonadi.

Curiosa è poi la spiegazione che l'A. dà al conflitto fra Dickens e la moglie, vero conflitto di tiroidi iper- ed ipofunzionanti. Il modo con cui la descrive il marito indica che essa era una lieve mixedematosa, con insufficienza di secrezione tiroidea; i ritratti confermano il tipo del lieve ipotiroidismo; forse essa aveva anche una certa deficienza della secrezione pituitaria, per le ripetute gravidanze (10 figli). Per un certo tempo, gli sposi andarono d'accordo, ma poi scoppiarono contrasti che si aggravarono, portando alla separazione dei coniugi, contrasti dovuti all'egoismo nervoso di Dickens, che esigeva l'immediata soddisfazione dei suoi desideri, mentre la moglie, nelle sue condizioni subtiroidee, era piuttosto pigra, urtantesi in ogni sorta di difficoltà, amica delle comodità della vita ed incapace di seguire il marito nella sua prodigiosa attività e di accontentarlo subito nei suoi desideri.

Lo studio della personalità sotto tale punto di vista, se si toglie una eccessiva unilateralità, si presenta di grande interesse e forse non soltanto per la personalità degli individui, ma anche per quella dei popoli.

A. FILIPPINI.

# NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

R. ALESSANDRI. *Manuale di Chirurgia*. Editore Luigi Pozzi, Roma, 1934-XII E. F. (*).

*Ci sia permesso di riportare in queste colonne, la breve ma quanto mai significativa introduzione scritta dal prof. Alessandri nel Manuale di Chirurgia redatto in suo onore e da lui personalmente diretto.*

« Il *Manuale di Chirurgia* che i miei allievi hanno voluto compilare per il trentennio del mio insegnamento, ha costituito una rude fatica per loro e anche per me; ma ora a pubblicazione completata, posso esprimere la mia piena soddisfazione per il lavoro portato a termine e ringraziarli cordialmente.

« Già nel 25° anniversario dall'inizio del mio magistero chirurgico (novembre 1902) i miei assistenti volevano festeggiarlo colle solite cerimonie, ma io mi rifiutai. Sorse così in loro l'idea di scrivere un trattato in cui fossero compendiate e aggiornate le conoscenze nel campo della chirurgia e specialmente esposti i contributi e le direttive della Scuola di Roma.

« Questo significava un lavoro proficuo per tutti loro e sopratutto per gli studenti, che sempre più numerosi accorrono nella Facoltà Medico-Chirurgica di Roma e rappresentava anche un'opera efficace di italianità, poichè metteva in grado i nostri studenti di non più ricorrere a trattati o a traduzioni di trattati stranieri, che in massima parte erano purtroppo finora i testi, su cui i nostri studenti apprendevano i principi e la pratica della chirurgia.

« Esso deriva dal Trattato di Patologia e Terapia chirurgica di Francesco Durante, che è stato per molto tempo il più completo ed adatto ai nostri studenti dei manuali di Patologia speciale, compendio degli insegnamenti che per quarant'un anni egli ha impartito senza tregua nella nostra Università.

« Nel succedergli, dopo un lungo tirocinio nell'insegnamento della Patologia al suo fianco, sulla cattedra di Clinica Chirurgica, ho cercato di mantenere integro il carattere fondamentale della Scuola Chirurgica Romana, che nella clinica, tenendo sempre come base l'esposizione chiara dei concetti di patologia e il riferimento continuo alla anatomia patologica, accentuava sempre più quell'indirizzo in senso fisiologico, che oggi è quasi generalmente accettato e seguito, ma un tempo era considerato come una mentalità da condannare, e ritenuto come troppo scientifico e teorico, forse anche come un po' fantastico, mentre l'essenza della chirurgia era considerata la rigorosa tecnica operatoria, basata su precise cognizioni anatomiche.

« Questa è certamente una condizione assoluta, una necessità pel chirurgo nell'esecuzione degli atti operativi, che non deve in alcun modo trascurarsi, e che ha presentato e presenta anch'essa le sue difficoltà da superare e vanta i suoi progressi; ma in questo campo veramente può dirsi che le posizioni raggiunte sono assai avanzate e poco più c'è da sperare di ottenere ancora. Questa è l'arte, che si deve però unire alla scienza, se non si vuol ridurre la chirurgia a una manualità pura e semplice, difficile e ardua quanto si vuole, che richiede sforzi e dà soddisfazioni nel conquistarla, ma che non può ritenersi più sufficiente oggi, in cui le possibilità chirurgiche estendono sempre più le loro applicazioni nel campo delle malattie interne, e in cui la diagnosi e la terapia tendono sempre più a perfezionarsi su precisi concetti fisio-patologici, su indagini che oltre all'esame diretto e completo del malato richiedono ricerche sempre più fini di laboratorio, specie di ordine bio-chimico e di esami collaterali, e che hanno portato a indicazioni curative che possono essere sembrate dapprima ardite e discutibili, ma che hanno fatto compiere i maggiori progressi alla diagnosi e alle applicazioni terapeutiche, in un sempre più intimo contatto medico e chirurgico.

« Arte e scienza, tale è la chirurgia. Questo è il segreto, per cui ci si appassiona così intensamente nel suo studio e nel suo esercizio, che non fa sentire la fatica fisica, perchè ogni caso clinico specie se dubbio stimola di nuovo le nostre induzioni diagnostiche, ogni difficoltà operatoria eccita il nostro senso plastico, e ci dà le soddisfazioni più intime e pure o gli ammaestramenti più efficaci nel riconoscere l'esattezza della deduzione clinica o la ragione dell'errore, e ci sostiene nell'esecuzione dell'atto operativo nel rasentare il pericolo, dandoci il fremito del successo, il terrore dell'esito fatale, che ci deprime se non riusciamo a evitarlo, ma ci sublima se vinciamo.

« Questo concetto unitario e così alto mi ha sorretto sempre, e l'insegnamento antico del Maestro mi ha guidato, anche in quella parte della nostra missione che è sempre così umana, pur nelle sofferenze che dobbiamo infliggere ai malati, e nella moralità delle ricerche e delle cure, che ci devono sempre essere presenti alla mente.

« In tutti i campi della chirurgia ho l'orgoglio di aver portato con fede e tenacia un'opera assidua di studio e di lavoro, mio e della Scuola.

---

(*) ALESSANDRI R. *Manuale di Chirurgia* (in quattro volumi, il secondo in due parti), in-4°, come appresso:

Vol. 1°, pagg. XXIV-1030, con 722 illustrazioni in nero e 9 in tricromia.

Vol. 2°, Parte I, pagg. XII-512, con 477 illustrazioni in nero e 27 in tricromia.

Vol. 2°, Parte II, pagg. XVI,788, con 352 illustrazioni in nero e 44 in tricromia.

Vol. 3°, pagg. XVI-844, con 448 illustrazioni in nero e 9 in tricromia.

Vol. 4°, pagg. XII-750, con 310 illustrazioni in nero e 16 in tricromia.

Complessive pagine 4004 e 2414 illustrazioni, volumi tutti rilegati in tela. Prezzo: per l'Italia L. 390; per l'Estero aggiungere L. 60 per le occorrenti maggiori spese di spedizione.

« Ma non è più possibile oggi che un solo Autore si sobbarchi alla fatica di scrivere un manuale generale con eguale competenza in tutti i campi. Troppe sono le conquiste della fisiopatologia e le applicazioni nel campo tecnico, e continuo è il divenire di nuove idee e di nuove concezioni cliniche, perchè si possano con esattezza e completezza esporre da un solo tutti i capitoli della chirurgia.

« E perciò, quando riluttante all'idea di sterili onoranze formali, fui vinto dall'insistenza dei miei allievi, accettai questo modo di ricordare gli anni trascorsi dell'insegnamento assiduo, perchè mi parve che la compilazione di un Trattato della Scuola, costituisse degno frutto della fatica, che richiedeva e potesse riassumere il lungo tirocinio scientifico e pratico, segnando una tappa dell'opera nostra italiana e più strettamente della nostra Scuola Romana, nella tradizione e nell'indirizzo ormai saldamente fondato e che certamente sarà ancora suscettibile di sviluppo ulteriore. La speranza che la Cattedra di Clinica Chirurgica a Roma possa essere retta ancora da qualcuno della Scuola, mi permette anche di augurarmi che una nuova pubblicazione aggiorni le conoscenze che vanno sempre aumentando ed affinandosi, e segni ancora il progresso futuro, cui la Scuola Romana avrà sicuramente portato un suo contributo efficace.

« Ho cercato di affidare ogni capitolo a chi fosse già ben preparato in quel campo, per studi personali, per ricerche fatte, per esperienza chirurgica già solida. E questo scopo mi pare di aver raggiunto specialmente per alcune parti del manuale, che sono così riuscite delle monografie, che potrebbero anche essere pubblicate a parte, o aumentate e messe a punto costituire dei compendi speciali di una data branca, e che dovrebbero costituire il materiale pronto per una seconda edizione, che nel mio desiderio dovrebbe succedersi rapidamente, permettendo così di tenere sempre al corrente i lettori, fra cui primi annovero i cari allievi del corso universitario, e i medici e i chirurgi della nostra Scuola, e spero anche di tutta Italia, e forse anche dell'estero.

« Perchè il Trattato se rispecchia le idee e l'indirizzo della Scuola, non è certo un trattato unilaterale; certamente vi abbiamo incluso tutto quello che per l'esperienza didattica e per le ricerche scientifiche e pratiche nella diagnosi, nelle indicazioni operatorie, nella tecnica, nei risultati, è frutto del nostro lavoro; ed abbiamo anche procurato di tener conto del contributo importante che tutte le scuole italiane universitarie e i migliori nostri chirurgi ospedalieri hanno portato su larga scala nei vari campi della chirurgia. Ma la scienza è per sua essenza internazionale, e non si può e non si deve prescindere da quello che è stato fatto dagli altri, sia nell'iniziativa di ricerche e di applicazioni, sia di perfezionamenti nel campo patologico e nel tecnico; non vi è nulla di più misero dello sciovinismo in fatto di scienza, ma è anche orgoglio santo e dovere nostro far rilevare quello che nell'agone mondiale appartiene a noi, tanto più quando vediamo spesso ignorate o tenute in scarso conto le contribuzioni italiane.

« Non pretendo che i vari capitoli siano esenti da mende, quando i collaboratori sono molti e di diversa capacità ed esperienza, l'ineguaglianza è un difetto che si riesce difficilmente a evitare. Il mio desiderio che almeno in alcune parti limitate vi contribuissero anche degli allievi giovani, all'inizio della loro carriera, ha portato anche delle aritmie; ma nel complesso ho la convinzione che questo Manuale valga a dare nozioni chiare a aggiornate in ogni capitolo, e possa quindi servire utilmente ai nostri studenti per la loro preparazione e ai chirurghi all'inizio della loro attività come testo di consultazione e di riferimento.

« Una speciale cura è stata data alle figure e ai disegni, che sono per molta parte originali e tratti da casi da noi osservati e studiati.

« Esprimo perciò le grazie più vive a tutti i miei allievi, che a questa opera hanno collaborato e mi hanno così dato la maggiore soddisfazione che io potessi desiderare.

« E ringrazio anche l'editore L. Pozzi che ha messo nella stampa e nella pubblicazione dell'opera tutta la sua vasta esperienza e non ha risparmiato cure per dare veste degna alla nostra fatica ».

Roberto Alessandri.

## CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

D. Lumbau. *L'igiene della casa moderna*. Vol. in-8°, di 172 pagg. Tip. G. Gallizzi, Sassari, 1934.

L'A., dopo alcuni cenni sul freddo come causa predisponente di malattie, riporta molti dati tecnici sul riscaldamento in generale e considera poi le varie forme con cui esso può attuarsi; locale e centrale, accennando anche ai sistemi più moderni, ai vantaggi ed agli svantaggi dei vari metodi, alla scelta degli apparecchi. Utili sono i coefficienti per i calcoli ed i consigli veramente pratici che l'A. fornisce.

Questa buona monografia verrà seguìta da altre, tutte intese a prospettare i problemi igienici della casa moderna. *fil.*

H. Schiler. *Leitfaden der technischen Hygiene in medizinischen Betrieb*. Vol. in-8°, di 217 pagg., con 20 fig. G. Thieme, Leipzig, 1934. Prezzo RM. 4,20.

L'esercizio della medicina espone il medico ed il personale ausiliario a varî pericoli; oltre

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

alle infezioni nei laboratori, negli ospedali, i pericoli dei gabinetti radiologici ed elettroterapici, e quelli derivanti dal maneggio di macchine e di dispositivi diversi degli ospedali (sterilizzatrici, mangani per la stiratura, macchine per la preparazione degli alimenti, ecc.). Il medico spesso ignora la necessità di provvedere alla profilassi dell'infortunio in tali contingenze (in qualche caso prescritta per legge) e spesso ha anche scarsa conoscenza dei mezzi da adottarsi.

Bene può servire a tale scopo il libro dell'A., che tratta la materia con conoscenza di causa ed espone nella prima parte dei concetti generali riguardanti specialmente i meccanismi; si occupa in seguito della profilassi delle malattie infettive (nei sanatori, laboratori, stabilimenti di disinfezione) e quella delle malattie ed infortuni da energia radiante e nell'elettromedicina.

Un'ampia appendice riporta tutte le disposizioni di legge che regolano in Germania tale materia ed è di grande utilità per gli opportuni confronti.

*fil.*

K. HINTZE. *Geographie und Geschichte der Ernährurg.* 1 vol. in-8° di p. XI-330. Lipsia, edit. George Thieme. Prezzo M. 21.

La funzione fondamentale della vita è l'alimentazione: per essa lottano tutti gli esseri viventi; essa condiziona tutte le attività organiche. Importa, dunque, di conoscere come è stata ed è regolata l'alimentazione dell'uomo in varie epoche e in vari popoli, non solo per soddisfare una curiosità, ma anche per sapere come influisca sulla vita e come si possa variarla e arricchirla.

L'A. ha raccolto, sull'alimentazione di tutti i popoli e in tutti i tempi, una copia straordinaria di dati e li presenta in forma leggibilissima e interessante. Prende in esame gl' egiziani, i babilonesi, gli ebrei, i romani e l'epoca contemporanea in cui considera le varie parti del mondo e, per ogni parte, i vari territori; in appendice tratta di alcune alimentazioni speciali, come il vegetarianismo e la geofagia.

L. V.

*Bulletin trimestriel de l'Organisation d'Hygiène.* Vol. II, n. 1, marzo 1934.

Questo numero del Bollettino pubblicato a cura della Società delle Nazioni comprende i seguenti lavori. I processi di trattamento del concime per impedire lo sviluppo delle mosche (Parisot e Fernier); Salute e crisi economica agli Stati Uniti (Cumming); L'organizzazione di igiene ed il problema degli stupefacenti (I. Wasserberg); L'arte di guarire e la vendita delle medicine in Francia (G. Forestier); La lotta antimalarica in Turchia (Hüsamettin).

*fil.*

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 30 marzo 1934.

Presiede il prof. BAGLIONI, presidente.

### Osservazioni e documentazioni sulla cura chirurgica dell'ulcera duodenale a mezzo della resezione duodeno-piloro-gastrica sistematica.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'O. riferisce che nel periodo gennaio 1932-febbraio 1934 sono state eseguite nel Padiglione da lui diretto 18 resezioni per ulcera gastrica; 89 per ulcera duodenale; 7 per ulcera peptica post-operatoria del digiuno; 2 G. E. e 4 gastroduonostomie sottopapillari per ulcera duodenale; 3 pilorectomie anteriori.

Riferisce dettagliatamente su 75 casi di resezione, fatte da lui personalmente, per ulcera duodenale, illustrandole con proiezioni di diapositive, che riguardano la tecnica operatoria, i pezzi di resezione, le grafiche della secrezione gastrica e post-operatoria.

Il prof. Arcangeli approfitta dell'occasione per richiamare l'attenzione su alcune sue vedute relative all'etiologia dell'ulcera gastrica e particolarmente sull'importanza che a suo parere spetta all'uso del caffè caldo.

Il prof. ALESSANDRI si dichiara d'accordo col prof. CHIASSERINI nel ritenere che per quanto la cura dell'ulcera gastrica e duodenale sia una questione dibattuta da tempo, costituisce sempre un argomento interessante di discussione, e sopratutto in Italia dove la resezione non è ancora accettata da tutti i chirurgi come preferibile nell'ulcera duodenale.

Egli è da tempo convinto sostenitore della resezione estesa, e già nel 1922 al Congresso di Firenze sostenne l'utilità di essa, quando specialmente fra noi era pochissimo usata, e l'ha sempre più adoperata a preferenza della gastrodigiunostomia, concorrendo colla sua Scuola a diffonderne l'uso, come ha appunto fatto e continuato a fare il prof. Chiasserini, che ha seguito negli anni che è rimasto nella Clinica l'evoluzione della tecnica.

Anche il fondamento fisiologico che costituisce la ragione della resezione, ha trovato in molta parte conferma negli studi sperimentali praticati nella sua Clinica, specialmente da Gussio e da Baggio, e dall'esperienza operatrice prolungata.

La evoluzione nelle idee del trattamento dell'ulcera gastro-duodenale può essere dimostrata dalla sempre maggiore applicazione data alla resezione estesa; dal principio dell'anno scolastico corrente sono stati operati nella Clinica chirurgica 43 casi, di cui 36 di ulcere duodenali, 3 gastriche e 4 ulcere peptiche post-operatorie consecutive a gastrodigiunostomia.

Più 8 ulcere perforate, in totale dunque 51 casi.

Di questi uno solo è stato operato con gastrodigiunostomia; gli altri tutti con resezione stessa, una volta sola (in un caso di ulcera della piccola curvatura) è stata fatta una resezione a manica; nelle altre sempre la Polya.

Dei 43 casi di ulcere semplici, 40 sono guariti, 3 morti (mortalità 6,9 %); e più precisamente su 36 ulcere duodenali, si sono avute 34 guarigioni e 2 morti (5,55 %), su 3 gastriche 3 guarigioni (0 %)

e su 4 ulcere peptiche post-operatorie 3 guariti e 1 morto (25 %).

Sulle otto ulcere perforate operate, di cui una gastrica e 7 duodenali, tutte resecate, abbiamo avuto 6 guariti e 2 morti (25 %).

Per la tecnica è d'accordo colle modalità esposte dal Chiasserini. Per l'estensione a dare alla resezione non crede sia opportuno misurare a centimetri, poichè nei casi di stenosi lo stomaco è spesso molto ectasico e occorre resecare più ampiamente. Il limite si può fissare al punto in cui l'arteria gastrica sinistra raggiunge la piccola curva.

Non è partigiano dell'operazione di Judd, e ha veduto che altri chirurgi che l'hanno usata, riportano ora esiti lontani poco favorevoli.

Dott. F. RUGGERI. — *Osteite fibro-cistica localizzata della colonna lombare.*

*Il Segretario*: G. AMANTEA.

## Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta straordinaria del 28 giugno 1934.

Presiede l'on. prof. ERMANNO FIORETTI, presidente.

**Nota preventiva su un caso di Leishmaniosi osservato in Roma.**

Prof. G. ANTONELLI e dott. L. GALLI. — Gli OO. affermano che questa comunicazione ha soltanto la modesta pretesa di segnalare, non un dato di fatto rigorosamente dimostrato, ma la possibilità dell'esistenza di un focolaio endemico di Leishmaniosi entro il territorio dell'Urbe, e sopratutto di incitare i colleghi e studiosi a tener presente tale eventualità, sia dal lato epidemiologico, sia da quello parassitologico e clinico.

Discussione: PANAGIA, COLARIZZI, PONTANO, ARCANGELI, ANTONELLI.

Dott. F. PERRINI. — *Discute sulla registrazione diretta bilaterale contemporanea del riflesso rotuleo nell'uomo.*

*Il Segretario*: A. D'AVACK.

## Associazione Napoletana dei medici e naturalisti.

Seduta del 16 aprile 1934.

Presidente: Prof. DIAMARE.

Dott. F. IOVINO. — *Pancreasectomia parziale ed esclusione, splenectomia consecutiva senza diabete. (Ricerche sperimentali nel cane).*

**A proposito di un fibroadenoma in mammella maschile sorto su ginecomasta.**

Prof. A. NACCIARONE. — L'O. fa lo studio critico clinico ed istologico del caso, dopo aver descritto due forme distinte di connettivo nella mammella, e stabilita una netta differenza tra seno gigante e ginecomastia di cui espone nuove e personali vedute; illustra il fibroadenoma ad invasione inizialmente totalitaria della glandola con caratteri clinici di malignità e dimostra che questo blastoma si è originato ed organizzato con architettura speciale, per induzione blastica dell'epitelio neoformato.

Da ultimo dice che la cachessia riscontrata sia nel seno gigante che in alcuni fibromi e fibroadenomi debba mettersi a carico di aberrazione degli increti della parte endocrina della glandola mammaria.

**Rottura spontanea a termine di gravidanza di utero precedentemente cesarizzato.**

Prof. D. ENEA. — L'O. riferisce: una donna di anni 25, secondipara, operata tre anni avanti di parto cesareo per placenta previa, guarigione per prima. Nella prima decade del nono mese di gestazione, rottura spontanea dell'utero nella sua parete anteriore, che interessava in tutta la sua estensione il taglio precedentemente praticato, passaggio dell'uovo intero, compresa la placenta, in cavità addominale, emorragia interna nella fase del distacco placentare, cessata spontaneamente per la completa retrazione dell'utero. Isterectomia, guarigione per prima.

Con la osservazione macroscopica e microscopica del reperto si constata che la riparazione della breccia uterina del primo taglio cesareo si era fatta esclusivamente a spese della sierosa notevolmente ispessita. Sulle due superficie muscolari contrapposte si nota uno straterello superficiale formato da un prodotto organico infiltrato di sali calcarei e al disotto uno strato di neoformazione connettivale.

ENEA.

## Accademia Medico-Fisico Fiorentina.

Adunanza del 17 maggio 1934.

Presidente: Prof. CARLO COMBA.

**Il fattore endocrino nel meccanismo delle febbre.**

Prof. A. SALOMON. — I nuclei tuberiani esercitano una azione regolatrice sulla temperatura, sia, per la loro natura vegetativa, sia per la loro stretta connessione con l'apparato endocrino. Il fatto che l'eccitazione del tuber provoca una ipersecrezione di adrenalina (Houssay e Molinelli) e la stretta sinergia funzionale tra il tuber e la postipofisi giustificano la tesi che la brusca reazione del tuber determinante la febbre si traduca con una ipersecrezione di adrenalina e di pituitrina. Questa ipotesi, che chiarirebbe il meccanismo di numerosi fenomeni febbrili (il brivido, la tachicardia, la ritenzione idrica, ecc.) si accorda col fatto che la febbre consecutiva alla puntura del tuber manca negli animali surrenalectomizzati; la febbre determina ugualmente la sparizione temporanea del diabete insipido dovuto all'iperfunzione della postipofisi.

**Reinfezione tubercolare omologa ed eterologia nelle articolazioni e nel midollo osseo.**

Dott. R. PAZZAGLI. — L'O. ha studiato il comportamento delle cavità articolari e del midollo osseo di fronte alle infezioni sperimentali tubercolari omologhe ed eterologhe (umano-umane ed umano-aviarie), ottenendo raramente una lesione specifica articolare o midollare. Ha tentato allora di rendere più recettivi gli animali praticando,

dopo la reinfezione in situ, un trauma articolare od una frattura. Ha ottenuto più facilmente una generalizzazione dei processi tubercolari che una localizzazione osteo-articolare che è stata istologicamente dimostrata solo 7 volte in 52 casi iniettati bilateralmente.

Le ricerche confermano dunque la resistenza delle cavità articolari e del midollo osseo di fronte alla infezione specifica.

*I Segretari*: Proff. L. PICCHI - P. NICCOLINI.

## Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 7 luglio 1934.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

### Nodo pancreatico aberrante.

Prof. G. LINO. — L'O., dopo rassegna critica della letteratura sull'argomento, illustra un caso di nodo pancreatico aberrante digiunale da lui osservato e operato.

### Diabete, nanismo e cachessia ipofisaria con reperto di ependimopatia granulare nel pavimento del III° ventricolo.

S. SIGNORELLI. — L'O. tratta l'epicrisi di un caso clinico che presentava in vita una sindrome di diabete zuccherino, nanismo e cachessia ipofisaria, e nel quale al tavolo anatomico fu riscontrata ipoplasia dell'ipofisi con assenza completa di elementi basofili, ed un processo di ependimopatia del terzo ventricolo a sede tubero-infundibolare.

L'O., dopo aver discusso il significato fisio-patologico del quadro anatomico riscontrato, conclude attribuendo un certo valore al processo ependimopatico tubero-infundibolare in rapporto alla sindrome di nanismo, mentre considera nel quadro della disfunzione ipofisaria i due complessi sintomatici di cachessia e diabete zuccherino.

### Metodi fotometrici per lo studio delle ferite da arma da fuoco.

I. DEL CARPIO. — L'O., dopo avere accennato alle contingenze più comuni in cui l'esame dei residui incombusti delle polveri da sparo può riuscire utile, ed ai metodi chimici e fisici attualmente in uso per tali indagini, riferisce i risultati di sue ricerche istituite allo scopo di riconoscere le singole polveri ed i loro residui incombusti, attraverso l'esame spettrofotometrico degli estratti acetonici delle polveri stesse, dei residui esistenti nella canna dell'arma, e di quelli costituenti il tatuaggio.

I risultati ottenuti inducono l'O. ad affermare che lo studio fotometrico degli estratti acetonici dei residui incombusti delle polveri da sparo merita di trovare posto fra i metodi d'analisi sino ad ora utilizzati per l'identificazione delle polveri.

### La nefelometria come mezzo di laboratorio per la diagnosi differeziale tra nefrite in gravidanza e nefrosi gravidica.

V. CONSOLI. — L'O., dopo aver ricordato l'importanza che ha nella pratica quotidiana la rapida differenziazione fra nefrosi tossiche gravidiche e nefriti complicanti la gravidanza, accenna alla possibilità di una diagnosi basata sulla determinazione del rapporto percentuale fra albumina e globulina urinarie.

Esaminati brevemente i metodi a disposizione per queste determinazioni, riferisce i risultati d'indagini nefelometriche da lui eseguite e conclude ritenendo che il metodo possa trovare una pratica applicazione, per la sua semplicità e per la rapidità di esecuzione.

### Esostosi di crescenza tibiale.

F. RUSSO MARCHESE. — L'O. descrive un caso di esostosi della crescenza all'epifisi superiore della tibia e coglie l'occasione per mettere in rilievo la grande confusione esistente intorno alla terminologia, come anche alla patogenesi delle esostosi. Infatti, dopo aver fatto notare la differenza che esiste tra esostosi ed iperostosi, conclude con l'affermare la genesi periostea e non cartilaginea, come comunemente si ammette, delle esostosi di crescenza.

### Rilievi clinici e radiologici su di un caso di polmone con aspetto policistico.

S. URSO e NICOTRA. — Gli OO. riferiscono su di un caso di un uomo di 42 anni sofferente da 18 anni di episodi bronchitici acuti in cui i dati clinici facevano già intuire la presenza di formazioni cavitarie multiple a carico del polmone destro ed era rilevabile un'ipotrofia dell'emitorace destro ed una destrocardia già riscontrata 18 anni addietro.

L'esame radiografico ed in special modo la broncografia hanno messo in evidenza delle formazioni areolari del polmone destro per la presenza di cavità multiple disposte a grappolo, comunicanti con l'esterno, di aspetto policistico.

Gli OO. riportano tali formazioni al quadro clinico radiologico del polmone policistico e ne discutono la natura congenita e la diagnosi differenziale con altre formazioni cavitarie polmonari.

*Il Segretario*: G. DI MACCO.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA.

### La peritonite da tifo.

A. Pellegrini (*Atti e memorie della Società Lombarda di Chirurgia*, vol. II, n. 8, 1934) comunica su 5 casi di peritonite da tifo, in tre dei quali è intervenuto; ha avuto due guarigioni e un decesso. Quest'ultimo è stato operato dopo 36 ore dalla perforazione. L'A. ha eseguito sempre l'operazione in anestesia locale e con il taglio di Mac-Burney praticando l'affondamento dell'ulcera in due casi, nel terzo, in cui si trattava di peritonite da ulcerazione di una ghiandola mesenterica, con l'asportazione di questa. L'A., sommando questi casi ad altri precedentemente da lui osservati, ha avuto una percentuale di guarigione del 50 % e come lui, l'A. fa osservare che una simile percentuale l'hanno avuta anche altri chirurgi. Auspica quindi una maggiore collaborazione tra i medici e i chirurgi per un più efficace trattamento di queste complicazioni addominali che si presentano durante il decorso della febbre tifoide. G. GENTILE.

### A proposito di peritoniti tifiche.

E. Rotolo (*Atti e memorie della Soc. Lombarda di Chirurgia*, vol. II, n. 9, 1934) porta un contributo anatomo-patologico e clinico sulle peritoniti tifiche, contributo ricavato dall'esame di 117 casi morti per tifo addominale su un complesso di 5300 autopsie praticate dal gennaio 1925 all'ottobre 1930 nell'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Milano.

Di questi 117 casi di tifo addominale, 17 (14,5 %) erano deceduti per peritonite diffusa da perforazione; 1 per peritonite circoscritta da perforazione; 3 per peritonite da propagazione; 2 per peritonite da rottura di infarto suppurato della milza; 1 per perforazione di ulcera tifica senza reazione peritoneale.

In complesso 23 (19,4 %) morti nel decorso di una febbre tifoide per complicazioni peritonitiche precoci.

Di 11 di questi 23 casi l'A. ha poi potuto studiare anche le schede cliniche: cerca quindi di riassumere i dati che possono permettere di fare la diagnosi di peritonite in un tifoso e che riguardano il dolore addominale, le modificazioni del polso e della temperatura, la leucocitosi ecc. G. GENTILE.

### Contributo alla clinica delle peritoniti specifiche.

Viene portato da W. Borscewskaja e Z. Jankielevic (*Vracebnoje Dielo*, n. 9, 1933); gli AA. hanno osservato due casi di peritonite purulenta insorta a distanza di qualche giorno in due sorelle che abitavano nello stesso appartamento; tutti e due i casi si sono iniziati con tonsillite; ambedue ebbero decorso letale, malgrado diversità di trattamento (in uno conservativo, nell'altro operatorio). Per quel che riguarda la via d'invasione dell'infezione peritoneale, gli AA. ammettono che essa poteva avvenire sia per la via ematica, come pure attraverso il canale digerente, in cui le lesioni infiammatorie precedenti avrebbero permesso il diffondersi dei germi provenienti dal secreto tonsillare inghiottito. Va notato che in ambedue i casi la sindrome ha avuto luogo durante il periodo mestruale; gli AA. credono che la maggiore alcalinità del sangue che si manifesta nel periodo catameniale favorisce lo sviluppo dei germi nel sangue; forse in questo sta anche una delle cause della maggiore frequenza delle peritoniti nella donna rispetto all'uomo. S. MINZ.

## TERAPIA.

### Sulle trasfusioni di sangue.

E. Jacobson (*Münch. Mediz. Woch.*, 14, 1934), basandosi sull'esperienza di circa 600 trasfusioni praticate in 195 malati, ricorda rapidamente le principali indicazioni alla trasfusione. Sino all'avvento della epatoterapia, l'anemia perniciosa costituì la principale indicazione di questo eroico metodo di cura, ma anche in seguito essa ha seguitato ad essere usata in questa malattia, sia che si tratti di casi refrattarii alla terapia epatica, sia che si voglia affrettare il processo della guarigione o intervenire d'urgenza in attesa che il fegato cominci ad agire.

Nelle anemie secondarie gravi, la trasfusione dà dei risultati eccellenti; dopo ematemesi o melene gravi, dopo perdite emorroidali o ferite ampie, nelle emorragie degli itterici, specie durante le operazioni, o nelle diatesi emorragiche, la trasfusione è indicata perchè rialza la quantità della massa circolante, sostituisce il sangue perduto, eccita l'attività emopoietica del midollo, agisce come stimolo proteinico ed esercita una nettissima azione emostatica.

Nelle anemie secondarie da cancro, almeno se non sono molto avanzate, la trasfusione dà dei risultati veramente meravigliosi; buoni risultati si hanno anche nelle coliti croniche; invece restano senza successo le trasfusioni praticate nei casi di emopatie, come le agranulocitosi, le leucemie ecc.

Diversi sono i pareri sull'azione delle trasfusioni nel corso delle setticemie; personalmente l'A. ha avuto buoni vantaggi fuorchè nell'endocardite lenta; la cancrena dei polmoni ne sembra trarre vantaggio. Ugualmente

utili appaiono le trasfusioni nelle foruncolosi, nelle stomatiti aftose e nelle poliartriti.

Rappresentano invece delle strette controindicazioni gli scompensi cardiaci e le iperemie del polmone; invece le trombosi no. Per quanto riguarda la dose da trasfondere, è preferibile, a meno che non si tratti di emorragie molto gravi, di praticare trasfusioni piccole (2-300 cc.) a più riprese; e in genere il successo è da aspettarsi dalle prime due o tre, non oltre.

V. SERRA.

**L'autoemoterapia negli stati depressivi.**

L'autoemoterapia è stata usata con successo in parecchie forme cutanee, come eczema, orticaria, psoriasi ed anche in altre malattie, come tifoide, reumatismo articolare acuto ed eresipela, nella quale, già dopo 1-2 iniezioni si ha la scomparsa della febbre ed il malato si avvia alla guarigione.

G. Giehm (*Med. Klinik*, 15 giugno 1934) ha usato tale terapia in 20 casi di stati psicotici depressivi: depressione reattiva (10), melanconia con angoscia (4), depressione circolare (6). Ha iniettato, ogni 2 giorni, 3-15 cmc. di sangue prelevato dalle vene del braccio; in tutto, 10-12 iniezioni. Nessun fenomeno spiacevole; soltanto in alcuni, aumento di temperatura, a 37°,1-37°,5. Contemporaneamente, si facevano anche irradiazioni di sole d'alta montagna.

I migliori risultati si ebbero nella depressione reattiva (8 guariti e 2 migliorati); miglioramenti si ebbero nella melanconia con angoscia, mentre, nella depressione circolare, si ebbero soltanto 4 leggeri miglioramenti.

*fil.*

**L'effetto delle iniezioni di crema di leucociti nella cura delle neutropenie.**

M. Strumia (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, aprile 1934), dopo aver ricordato che la cura più efficace nota fino ad oggi della neutropenia è quella col pentosio nucleotide, sostiene che probabilmente questo, come pure la cura coi raggi X, agisce per lo stimolo che esercita sul midollo le scorie dei leucociti distrutti. Per questo egli volle provare le iniezioni di leucociti. Egli da prima separava i leucociti semplicemente colla centrifugazione del sangue citratato. Successivamente egli migliorò la tecnica (che è accuratamente descritta).

Su 10 casi di agrunulocitosi l'emulsione di leucociti, in 1 solo i risultati furono dubbi; negli altri si ebbe aumento notevole dei granulociti entro per lo più 24-48 ore dalla prima iniezione. In qualche caso la reazione comparve solo dopo 4 giorni.

La stessa emulsione di leucociti usata in tre soggetti normali non provocò nessun aumento dei granulociti.

R. LUSENA.

## SEMEIOTICA.

**Il segno della mano nella litiasi vescicale del bambino.**

Nella litiasi vescicale, vi è incontinenza accompagnata da dolori alla verga ed al glande. Per impedire l'emissione dell'urina e per calmare un po' i dolori, i bambini serrano la verga nella mano, per lo più la sinistra.

La mano così al contatto quasi continuo di un'urina infetta assume un aspetto caratteristico. Sulla faccia palmare, la pelle s'inspessisce e si macera, diventa biancastra e presenta numerose ragadi alle pieghe di flessione. Inoltre esala un forte odore urinoso, infetto, ammoniacale.

Secondo Brun (*Presse médicale*, 14 luglio 1934) in presenza di tale condizione della mano, si può fare senz'altro diagnosi di litiasi vescicale.

*fil.*

## MEDICINA SOCIALE.

**Una caratteristica sindrome ossea da malattia dei cassoni.**

Secondo Christ (*Deutsch. z. Chir.*, 243, 132, 1934) i fenomeni da decompressione nei lavoratori dei cassoni possono essere acuti o cronici. Quelli gravi acuti diventano sempre più rari in seguito ai provvedimenti presi in tutti i paesi civili (regolamento al tempo di decompressione, camere di ricompressione ecc.). Così in quattro anni di costruzione di una chiusa a Kembs non si ebbero casi nè di embolie gravi nè di mieliti, le più temute forme di malattia da cassoni. Numerosi furono invece i fenomeni leggeri di questa affezione. 4 casi attirarono l'attenzione dell'A. Si trattava di 4 operai che lavoravano da anni nei cassoni e che spesso avevano avuto lievi disturbi alla decompressione e che da qualche tempo presentavano dolori violenti all'urea e all'arto inferiore corrispondente specie al ginocchio tali da portare incapacità lavorativa. Conoscendo la esistenza di fenomeni artritici come parte della sindrome da cassoni, l'A. fece i radiogrammi corrispondenti, ma con suo stupore notò scarsissimi fatti artritici (e in un solo caso) e invece notevoli, e talora impressionanti rarefazioni della base della testa del femore.

Tali rarefazioni si distinguono con sufficiente facilità da rarefazioni flogistiche tbc. o tumorali, essendo assai più pronunciate che nella tbc. e più delimitate che in tumori, da cui li distinguono infine i caratteri di sede.

La sede essendo la stessa di focolai infiammatori embolici, l'A. spiega tali atrofie spontanee come conseguenza di spesso ripetentesi embolie gazzose.

ALDO CALÒ.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

**Azione della tiroidectomia subtotale sugli scambi respiratori nell'uomo.**

È noto che la tiroidectomia subtotale in generale determina un abbassamento del metabolismo basale, con riferimento alle variazioni globali del tasso delle combustioni.

Delcourt-Bernard (*C. R. Soc. Biol.*, n. 11, 1934) ha voluto ricercare con quale meccanismo si compie questa diminuzione. All'uopo sono stati presi in esame 31 ammalati operati nella Clinica Chirurgica di Liegi.

Non si ebbe a notare alcuna differenza nel comportamento dei gozzi esoftalmici veri e degli adenomi tossici o tireo-tossici. In tutti dal 5° giorno dopo l'operazione si nota un abbassamento degli scambi respiratorii. In tali pazienti, scegliendo il punto più basso della curva metabolica, è stata calcolata la ventilazione, la frequenza respiratoria ed il consumo di ossigeno per minuto, confrontando questi dati a quelli dell'ultima misura degli scambi respiratorii preoperatorii.

La tiroidectomia subtotale nei primi 10 giorni dopo l'operazione praticata in 31 ipertiroidei, quale che sia la natura dell'ipertiroidismo e quale che sia il trattamento preoperatorio, determina un abbassamento degli scambi respiratorii: esso riflette più il consumo dell'ossigeno (— 20,2 %) che la ventilazione (— 17,7 per cento).

JURA.

## FORMULARIO.

**Nell'iperidrosi.**

Acido borico.
Terra silicea.
Licopodio.
Esametilentetramina, ana g. 10.
Talco veneto g. 60.
Essenza per profumare q. b.
M. f. pol. S. p. u. e.

Questa miscela, consigliata dalla *Pharmaz. Zeitung* (anno 79, n. 40), avrebbe il vantaggio di sviluppare formaldeide allo stato nascente.

## POSTA DEGLI ABBONATI

*Sciatica e melitense.* — Al dott. N. A., Abbonato n. 8744:

Nel corso della melitense, ed anche come successioni morbose, possono verificarsi sindromi nervose varie, e tra esse la sciatica. Questa può essere l'espressione di un processo tronculare o, meno raramente, di un processo radicolare in conseguenza di reazioni meningee.

La manifestazione neuritica, radicolitica e meningea risente l'azione della terapia dello stato infettivo generale.

DR.

Al dott. B. M., Siderno Marina (Prov. Reggio). *Manuali per medici pratici recentissimi con le nuove norme dei codici, ancora non vi sono.*

È in corso di stampa un trattato in due volumi del Prof. Della Volta, (edito Soc. editr. libraria) di cui è uscito il primo volume.

È stato poi pubblicato un trattato anche in due volumi dal Prof. Pellegrini (ediz. Cedam, Padova) che è un corso commentato di lezioni con numerosa casistica. Vi è poi il volume del Leoncini che mette in evidenza e commenta le nuove disposizioni. Questo volume integrato con il manuale Ascarelli (editore Sampaolesi, Roma) o con quello Perrando (ediz. Farina di Napoli) o con l'altro del Cevedalli (Soc. editr. libraria) può corrispondere alle sue esigenze.

A. A.

## VARIA

**Il metodo Credé in Prussia.**

Il ministro prussiano dell'Interno ha diramato una circolare in cui si rileva che le instillazioni di una soluzione di nitrato d'argento negli occhi dei neonati (metodo Credé) per la profilassi della oftalmoblenorrea, può esser causa d'inconvenienti, se compiuta dalle levatrici. E ciò per due motivi. Anzitutto la boccetta a contagocce suol essere lasciata sempre pronta per l'uso, cioè senza rigirare il tappo; avviene allora un'evaporazione lenta, e la concentrazione del liquido aumenta, fino a poter dare irritazioni e flogosi gravi. D'altra parte, la boccetta può essere lasciata alla luce, e allora il nitrato si decompone, l'argento precipita e la soluzione perde d'efficacia. Se le instillazioni devono essere compiute da levatrici, conviene che queste facciano uso di soluzioni in fialette, adoperando una fialetta ogni volta; è tuttavia da badare che le fialette vengano spezzate convenientemente e che non si producano, e vengano instillati, frammenti di vetro. È anche da badare che non si istilli una quantità eccessiva di liquido: bastano poche gocce.

A. B.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

F. VALTORTA. *Note peritali in tema di presunto aborto da lesioni personali.* — Tip. N. Jovene, Napoli, 1934.

E. COELHO. *A patogenia da nefrose lipoide.* — Imprensa Da Silva, Lisboa, 1934.

B. SCHIASSI. *Le nuove indicazioni della splenocleisi nel trattamento di alcuni patimenti del sangue.* — L. Cappelli, Bologna, 1934.

E. FOLDES. *The Role of the stomach and upper intestinal tract in the water and mineral metabolism.* — The Morland Publishing Co., New York, 1934.

C. RIZZO. *Esiste una eosinofilia all'infuori delle nevrassiti parassitarie?* — Tip. Nicola & C., Varese, 1934.

# POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

**Risposte a quesiti per questioni di massima.**

74° *Dottor C. C.* (C.). — La determinazione degli stipendi minimi non deve essere approvata dal Ministero, nemmeno in rapporto ai Comuni colpiti dal terremoto e perciò soggetti ad uno speciale controllo. Però la giurisprudenza ha ritenuto che la Giunta debba limitarsi a stabilire gli stipendi minimi. Le norme concernenti la ricostruzione della carriera per aumenti periodici non sono considerati attinenti agli stipendi minimi. A me sembra che, non essendo prescritta la determinazione di uno *stipendio fisso*, invariabile e costante, la Giunta possa stabilire anche aumenti periodici in rapporto allo stipendio minimo. La questione è dubbia.

Per un esame più ampio può consultare l'articolo pubblicato nell'ultimo fascicolo (ottobre) del « Diritto Pubblico Sanitorio ». Editori Fratelli Pozzi. È da ritenere che, nel caso in esame, il Ministero abbia esercitato il potere di approvazione dei provvedimenti che importino oneri finanziari ai Comuni terremotati. Questa è la ragione della differenza da Lei rilevata, perchè negli altri casi, cioè per i Comuni che non sono soggetti a quella speciale vigilanza, la deliberazione della G. P.A. può essere annullata d'ufficio, ma non è soggetta all'approvazione del Ministero. Comunque, contro il provvedimento è ammesso ricorso al Consiglio di Stato nel termine di 60 giorni o in via straordinaria al Re nel termine di giorni 180, dalla data della comunicazione.

75° *Dottor C. D.* (P.). — Il termine di 60 giorni per il ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale decorre dalla data della comunicazione. Decorso questo termine si può esercitare il rimedio del ricorso straordinario al Re, entro 180 giorni.

76° *Dottor M. B.* (S.). — Se per effetto dell'atto di nomina non aveva già diritto agli aumenti periodici, l'attribuzione di essi è discrezionale, non essendo stabilito dalla legge l'obbligo di corrisponderli.

77° *Dottor F. P.* (T.). — È da ritenere che il servizio prestato alla dipendenza di un altro ente non sia valutabile agli effetti degli aumenti periodici dello stipendio attribuito dal Consorzio.

Sono state dichiarate illegittime le disposizioni che consideravano utile il servizio per uffici conferiti da enti diversi.

78° *Dottor G. R. M.* (M.). — È sufficiente che sia presentata una domanda per ciascuno dei tre concorsi indetti dalla stessa amministrazione e, prodotti i titoli per uno dei concorsi stessi, sia presentato per ciascuno degli altri due, insieme con la domanda, un elenco redatto in carta da bollo sottoscritto dal Podestà col visto del Prefetto, nel quale elenco siano *descritti* specificatamente i documenti dell'aspirante.

Trattandosi dello stesso Comune e di tre concorsi indetti contemporaneamente ed affidati alla medesima Commissione, si può anche prescindere dalle formalità sopraindicate in rapporto all'elenco, e può essere sufficiente che questo sia redatto dallo stesso candidato e vistato dal segretario comunale, potendo la stessa Commissione controllare la esattezza sulla base dei documenti ad essa prodotti.

Nessuna disposizione prescrive il termine di tre mesi dalla data della pubblicazione dell'avviso a quella della chiusura del concorso. Questo termine è stabilito discrezionalmente.

Non è necessario che si dimetta dall'ufficio di consultare prima di presentare la domanda di ammissione al concorso.

79° *Dottor O. B.* (M.). — Il posto di ufficiale sanitario, essendo necessario in ogni Comune, deve essere compreso nella pianta organica; in tal senso è posto di ruolo. L'ufficio può essere poi conferito ad un titolare, mediante nomina in base a concorso, o ad un incaricato. Dove non sia possibile l'esercizio separato delle funzioni di vigilanza da quelle di assistenza sanitaria, il servizio è affidato al medico condotto per incarico temporaneo. In tal caso, il medico condotto è titolare di un posto di ruolo ma limitatamente al suo ufficio di medico condotto.

80° *Dottor G. R.* (S.). — Gli aumenti periodici dello stipendio, per gli impiegati degli enti locali, non sono attribuiti dalla legge. Possono essere dovuti per disposizione o dell'atto di nomina o del capitolato, in quanto siano cioè discrezionalmente stabiliti dall'amministrazione. Può farne istanza in via amministrativa, anche per sollecitare la formazione del capitolato.

81° *Dottor E. B.* (F.). — Non credo che sia legittimo l'annullamento del concorso soltanto perchè tre sono i concorrenti. Tale provvedimento potrebbe essere giustificato se risultassero insufficienti le pubblicazioni dell'avviso.

Contro l'atto che annulla l'avviso del concorso può essere prodotto ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, nel termine di giorni 60 dalla data della comunicazione.

---

*N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.*

*Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini,* **sono gratuiti.**

---

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione. cons. leg. del nostro periodico.**

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## SERVIZI IGIENICO-SANITARI

### Alla Società delle Nazioni.

Il Comitato d'igiene si è riunito a Ginevra dall'11 al 16 maggio.

Furono commemorati Calmette, Cantacuzéne, Roux e Welch.

L'Ufficio di presidenza è stato così costituito: presidente il dott. Madsen (Danese) e vice-presidenti il dott. J. Jitta (Olandese), il dott. A. Lutrario (Italia), il dott. Cumming (Stati Uniti d'America) e il prof. Husametin Bey (Turchia).

Il Comitato ha esaminato l'opera compiuta dalla Organizzazione d'Igiene nei mesi scorsi, basandosi sul rapporto del direttore medico, e il *memorandum* presentato dal Presidente sul programma del Comitato d'igiene per gli anni 1934-1935-1936. Si è occupato della collaborazione tecnica con la Grecia e con la Cina.

La Commissione della malaria ha presentato un Rapporto al Comitato d'igiene, in base al quale il Comitato ha approvato varie risoluzioni attinenti alla standardizzazione della formula « totaquina »; alla ricostituzione della Commissione della malaria; alla rappresentanza di questa Commissione al III Congresso internazionale della malaria che si terrà a Madrid nel 1935.

Il Comitato ha preso atto che i corsi internazionali di malariologia venivano organizzati sotto i suoi auspici a Roma ed a Singapore. I corsi di Roma hanno luogo all'Istituto italiano di malariologia e quelli di Singapore alla Scuola di Medicina. Questi ultimi comprendono altresì degli esperimenti pratici nelle Indie olandesi, in Indocina e in Malesia. Il Comitato ha ritenuto giunto il momento per studiare l'opportunità di istituire corsi analoghi in alcuni paesi dell'America latina, dove la malaria costituisce un problema importante. Ha incaricato di tale studio la Sezione d'igiene del Segretariato della Società delle Nazioni.

Vennero poi presi in esame il problema degli stupefacenti, la cura radiologica del cancro uterino, l'infezione leishmaniosa e la sua frequenza nel bacino del Mediterraneo, nonchè le misure per combatterla.

Il Comitato d'igiene ha esaminato un *Memorandum* del suo Presidente sul programma dei lavori per gli anni 1934, 1935 e 1936. Il *Memorandum* si estende a tutti i rami della sua attività: standardizzazione biologica, malaria, oppio; Ufficio dell'Estremo Oriente, a Singapore; Centro internazionale di studio sulla lebbra; Servizio delle informazioni epidemiologiche e di Statistiche sanitarie; sistemi di collegamento con le Amministrazioni sanitarie; collaborazione tecnica con le Amministrazioni sanitarie; igiene rurale; « Comitato relatore » (mortalità infantile, lotta antitubercolare, sifilide, febbri); studi sui risultati dell'inchiesta sull'influenza della crisi economica sulla pubblica salute; insegnamento della medicina; ospedali; servizi d'igiene pubblica e di medicina preventiva; studi sull'alimentazione; tracoma; educazione fisica, ecc. Il Comitato ha approvato il programma ed ha incaricato il Direttore medico di prendere le disposizioni del caso per attuarlo. Ha nominato i seguenti relatori: prof. Léon Bernard (Francia), (tubercolosi); sir George Buchanan (Gran Bretagna), (cancro); dott. Jitta (Olanda), (febbre intermittente); signora Janet Campbell (Gran Bretagna), (protezione del fanciullo e della madre); prof. Pittaluga (Spagna), (igiene rurale); dott. M. T. Morgan (Gran Bretagna), (malattie del cuore); dott. René Sand (ospedali).

Il Comitato si è ancora occupato dell'Ufficio epidemiologico di Singapore, del Centro internazionale di studi sulla lebbra, del bilancio.

Il Comitato della Fondazione Darling ha proceduto, per la prima volta, alla consegna ufficiale in seduta pubblica del premio della Fondazione, assegnato al colonnello medico S. P. James, del Ministero dell'igiene britannico.

La Commissione consultiva del traffico dell'oppio e altre droghe nocive ha iniziato il 18 maggio la diciottesima Sessione, sotto la presidenza del sig. Cesares (Spagna).

Il Comitato centrale permanente dell'Oppio ha tenuto la ventesima Sessione dal 7 all'11 maggio 1934, sotto la presidenza del sig. L. A. Lyall (Inghilterra).

---

## Cronaca del movimento professionale.

### Riduzioni di stipendi minimi ai medici condotti.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica aveva, in primo tempo, diramato una circolare che interpretava a favore dei medici condotti la disposizione sulle riduzioni degli stipendi minimi, e cioè che nessuna diminuzione dovesse essere effettuata agli stipendi minimi fissati dalla G. P. A. per i medici condotti. Senonchè tale interpretazione non fu accettata dal Ministero delle Finanze e quindi si dovette provvedere con la seguente circolare, N. 20/152.2:

Il Ministero delle Finanze, al quale venne, di recente, formulato analogo quesito, circa la applicabilità della riduzione del 12 %, sancita dal R. D. L. 20 novembre 1930, n. 1491, agli stipendi minimi dei sanitari condotti, fissati dalle Giunte Provinciali Amministrative, in esecuzione dell'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, ha fatto conoscere che detta riduzione deve essere operata.

E ciò perchè l'eccezione, di cui al paragrafo XIII della circolare 5 dicembre 1930, n. 120650, di S. E. il Capo del Governo — col quale fu avvertito che, non avendo il R. D. n. 1401, in nulla innovato all'art. 39 del R. D. 29 dicembre 1923, n. 2839, dovevano restare fermi i minimi di stipendio e di salario fissati dall'articolo medesimo a favore degli impiegati e salariati comunali — non può es-

sere estesa ai sanitari condotti, i quali non sono considerati dal citato articolo 39, e rivestono la duplice figura di dipendenti comunali e liberi professionisti.

Nell'occasione, si avverte che le retribuzioni fissate dalla G. P. A., a favore dei Sanitari condotti, sono pure soggette alle riduzioni previste dall'articolo 2 del R. D. L. 14 aprile 1934, n. 561, e che la stessa Giunta, nell'esercizio della facoltà ad essa conferita dal suindicato art. 39 dell'ordinamento sanitario, deve astenersi dall'adottare determinazioni che possano, comunque, attenuare od annullare la riduzione medesima, giusta il tassativo disposto dall'art. 10 (2° comma) del precitato R. D. Legge, n. 561. *Pel Ministro*: f.to BASILE.

Di fronte a molti stipendi minimi, del tutto inadeguati, che spesso trovano scarsissima integrazione nell'esercizio professionale libero, è sperabile che il problema verrà ripreso in esame.

# CONCORSI.

**POSTI VACANTI.**

ACQUANEGRA SUL CHIESE (*Mantova*). — Scad. 25 sett.; per Mosio; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 500 trasp.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

ALESSANDRIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 sett., ore 17; direttore ambulante di tutte le Sezioni Dispensariali; L. 18.000 oltre L. 4000 serv. att.; deduzione 22 % e altre ritenute di legge; trasferte e diarie. Chiedere annunzio. Titoli ed esami. Rivolgersi Segreteria del Consorzio, corso Roma 20.

ATELLA (*Napoli*). — Concorso, per titoli, al posto di medico-chirurgo-condotto della seconda zona, Succivo. Stipendio annuo L. 9500 al lordo delle ritenute di legge e delle riduzioni di cui a R. D. L. 20-11-1930 n. 1491 e 14-4-1934 n. 561, suscettibile di due aumenti sessennali del decimo. La domanda, in bollo da L. 3, insieme ai prescritti documenti l'elenco dei quali con tutte le relative modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla predetta Segreteria di Atella non oltre il 20 ottobre 1934-XII.

AVELLINO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 ott.; direttore della Sezione dispensariale di Ariano Irpino; L. 7000 oltre L. 2100 serv. att., aumenti; età limite 45 a.; 2 anni di abilitaz. all'esercizio profess.

BRUSASCO CAVAGNOLO (*Torino*). — Scad. 15 ott.; rivolgersi Segreteria Com.

CASTIGLIONE TINELLA (*Cuneo*). — Scad. 30 ag.; L. 8000 oltre L. 4000 obbligo automob.

COMO. *R. Prefettura.* — Scad. 30 sett., uff. san. per Bellano e uniti; l'indennità per mezzo di trasporto è aumentata da L. 3500 a L. 6000.

CONSELICE (*Ravenna*). — Scad. 20 sett.; per S. Patrizio; L. 9000 oltre L. 2500 cavalc., c.-v.

CORTILE (*Parma*). — Scad. 31 ag.; 2ª condotta; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; indenn. trasp. variabile; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

DIMARO (*Trento*). — Scad. 21 ag.; con Commezzadura; rivolgersi Segreteria com.

INVORIO (*Novara*). — Scad. 30 sett.; L. 6617,60 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san. e L. 500-1000-1800 trasp., L. 369,60 c.-v., al lordo di R. M. e M. P.; tassa L. 50,10. Le condizioni di concorso sono visibili presso l'Ufficio Comunale.

MANOPPELLO (*Pescara*). — Scad. 30 sett., ore 16; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000-2500-3000 trasp.; età limite 40 a.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50.

PANNARANO (*Benevento*). — Concorso al posto di medico condotto. Stipendio L. 7000, lordo riduzioni 1930 e 1934; 5 aumenti quadriennali del decimo; età 35 a. salvo eccezioni di legge. Scadenza ore dicianove del 1° ottobre 1934-XII. Rivolgersi Municipio.

PISTOIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 31 ag.; medico aiuto; titoli ed esami; L. 10.500 oltre L. 1900 serv. att., L. 2400 servizio dispensari foresi; 3 trienni dec.; età limite 35 a.; tassa L. 50.

ROMA. *RR. Istituti fisioterapici ospitalieri.* — Sono aperti i concorsi, per titoli e per esami congiuntamente, per la nomina del Capo Servizio di Biologia Sperimentale e del Capo Servizio di Anatomia Patologica del Reparto Studi e Ricerche, di tre assistenti addetti al reparto stesso, di due assistenti chirurgici e di un assistente del reparto Fisioterapico dell'Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori. Presentare alla Segreteria dei RR. Istituti Fisioterapici Ospitalieri (viale Regina Margherita 295), non più tardi delle ore 12 del 31 agosto, la domanda al concorso specificando il posto al quale si aspira. Gli aspiranti che risiedono nelle Colonie potranno presentare, ai fini dell'ammissione al concorso, entro il 31 agosto, la sola domanda, con l'obbligo di produrre gli altri documenti prescritti non oltre il 15 settembre.

SUCCIVO (*Napoli*). — (Vedere ATELLA).

TARVISIO (*Udine*). — Scad. 15 sett.; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp., c.-v., se uff. san. L. 1000.

TERAMO. *Ospedale Sanatoriale « Alessandrini-Romualdi ».* — Scad. 15 ag.; direttore primario medico; L. 20.454 e 2 quinquenni dec., c.-v., partecipaz. 50 %; tassa L. 50. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

TORINO. *Ospedale Maggiore di S. Giovanni Batt.* — Scad. 29 sett.; 3 assistenti supplenti; L. 1800 annue; eventuali indennità servizi speciali; trattenute e riduzione; età limite 32 a.; tassa L. 50.

VENEZIA. *Ospedali Civili.* — Scad. 15 sett., ore 17,30; chirurgo primario presso l'Ospedale Civile Principale, per la Divisione Chir. II; L. 6000 non aumentabili; tassa L. 50; età limite 50 a.; doc. a 3 mesi dal 18 lug. Chied. annunzio.

VOLTERRA. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 15 ott.; 5 medici assistenti; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. att., L. 1500 alloggio; chiedere annunzio per le altre condizioni; rivolgersi Congregazione di Carità.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

*Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna.*

Col 1° gennaio è stato aperto il Concorso al premio Umberto I. Questo premio di lire 3500 verrà assegnato, secondo il deliberato del Consiglio provinciale di Bologna, alla migliore opera od invenzione ortopedica. A tale concorso possono prendere parte medici italiani e stranieri. Le modalità del concorso e dell'assegnamento del premio sono fissate da apposito regolamento, che sarà inviato a chi ne faccia richiesta. La domanda di concorso dovrà essere rivolta al presidente dell'Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna. Il concorso si chiude il 31 dicembre 1934 - XII E. F.

*Premio « Lorenzo Mannino ».*

È bandito presso la Reale Accademia delle Scienze mediche di Palermo il primo concorso fra medici siciliani, autori di lavori riguardanti la patologia e la clinica dermosifilopatica, per il premo Lorenzo Mannino.

Il premio di lire cinquemila sarà conferito a colui che presenterà il migliore lavoro di Patologia e Clinica dermosifilopatica, lavoro che dal giudizio della Commissione giudicatrice sarà riconosciuto degno del premio.

I lavori che ogni candidato presenta al concorso per il premio Mannino possono essere editi ed inediti. Quelli editi devono essere stati pubblicati nell'ultimo triennio, quelli inediti sono accettati al concorso coll'obbligo assoluto da parte dell'autore che vengono pubblicati nel termine massimo di tre mesi dalla presentazione al concorso. Chiedere il bando al Segretario perpetuo dell'Accademia prof. Alessandro Amato, direttore dell'Istituto di Patologia generale della R. Università, Palermo, Porta Montalto. Il concorso si chiude a mezzogiorno del 31 dicembre 1934-XIII.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il sen. prof. Nicola Pende è stato nominato, con recente R. decreto, presidente dell'Opera Pia Nazionale per l'assistenza agli orfani dei sanitari italiani con sede in Perugia, in sostituzione del compianto senatore prof. L. Simonetta. Siamo sicuri che il nuovo presidente darà tutte le sue alte doti di mente e di cuore alla benefica istituzione. Esprimiamo al prof. Pende tutto il nostro amichevole cordiale compiacimento.

Il dott. Ferrando, direttore del Consorzio e del Dispensario antitubercolare « Padiglione Tullio » di Udine, classificato primo in pubblico concorso, è nominato direttore del Sanatorio « San Luigi » di Torino.

Il dott. Anton von Eiselsberg, professore di chirurgia (clinica chirurgica) a Vienna, è nominato dottore *honoris causa* dall'Università di Parigi.

La Facoltà medica di Berlino ha nominato dottore *honoris causa* Joachim von Winterfeld-Menkin, il quale è stato a lungo presidente della Croce Rossa Tedesca.

Alla presidenza dell'« American Medical Association » è stato eletto il dott. James S. McLester, professore di medicina (clinica medica) alla Scuola Medica dell'Università di Alabama.

La Società di Patologia di Filadelfia ha assegnato la medaglia d'oro William Wood Gerhard al prof. George H. Whipple, di Rochester, noto per l'applicazione dell'epatoterapia all'anemia perniciosa.

Il dott. Houssay, professore di fisiologia alla Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires, è nominato presidente dell'Istituto di cultura belgo-argentina, in sostituzione del compianto prof. Iribarne.

All'Università cantonale di Ginevra sono nominati: il libero docente René Gilbert, professore di radiologia medica; il dott. Pierre Desse, professore di dietetica, fisioterapia, idrologia e climatologia medica.

Il libero docente H. Kürten di Halle è chiamato a dirigere la Policlinica medica di Monaco.

Il dott. Willy Usadel, primario dell'Ospedale Rodolfo Virchow di Berlino, è chiamato come ordinario alla Cattedra di clinica chirurgica di Tubinga.

Il dott. Frederick Carpenter Irving è nominato professore di ostetricia alla Scuola Medica Harvard di Boston, quale successore del prof. William Lambert Richardson, il quale ha donato 100.000 dollari alla cattedra; questa porterà ora il suo nome, per decisione del consiglio amministrativo.

Sono nominati i proff.: Pedro Ara y Sarriá di anatomia all'Università Centrale di Madrid; José Garcia Blanco y Oyarzabal di fisiologia a Siviglia.

Il prof. Walther Vogt, di anatomia a Zurigo, è stato chiamato all'Università di Berlino.

## NOTIZIE DIVERSE.

**Per la Maternità e per l'Infanzia nella Provincia di Roma.**

In una sala del palazzo provinciale, sotto la presidenza del comm. Fraschetti, si è riunito il Consiglio direttivo della Federazione provinciale dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia di Roma.

Il Consiglio ha preso atto, con compiacimento, della riunione dei sanitari specialisti ispettori di zona, ai quali il Presidente dell'O.N.M.I. avv. Sileno Fabbri ha voluto dare, personalmente, le direttive per la migliore esplicazione dei compiti dei sanitari stessi.

Allo scopo di seguire sempre più da vicino e di mantenere il più efficace coordinamento nell'attività che si va svolgendo nei varii paesi della provincia per opera dei Comitati locali e dei Consultori fissi, il Consiglio ha approvato, su proposta del Presidente, di affidare ciascuna delle sette zone facenti capo al rispettivo centro assistenziale, alla vigilanza di uno dei componenti del Consiglio, i quali tutti hanno accettato con simpatico fervore il mandato loro commesso.

Questo provvedimento varrà non soltanto ad assicurare un continuo controllo da parte dell'organo direttivo provinciale, ma anche a coordinare, ad eccitare ed a perfezionare l'attività assistenziale degli organi periferici e cioè dei comitati e consultori e di tutte le altre istituzioni esistenti in provincia.

Il Consiglio ha approvato, quindi, il progetto di trasformazione del centro di Littoria in Asilo Materno e la nuova organizzazione dei servizi di quella zona che, in conformità alle richieste dell'autorità locale, varrà a risolvere in modo più adeguato alle particolari condizioni della zona stessa il problema dell'assistenza alla maternità e all'infanzia.

Il Presidente ha sottoposto quindi al Consiglio direttivo la proposta, accolta con plauso, di completare l'organizzazione dei consultori in provincia, estendendone l'istituzione anche a parecchie frazioni di Comuni fra le più popolose e più lontane dai Capoluoghi.

**Corsi di puericultura indetti dall'O. N. Maternità e Infanzia.**

A cura dell'O. N. Maternità e Infanzia si svolgerà presso la R. Clinica Pediatrica Universitaria di Napoli, nel periodo dal 1° al 31 ottobre, un corso di puericultura pre-natale e post-natale per medici e nello stesso periodo presso la R. Clinica Ostetrica Universitaria di Napoli un corso di puericultura pre-natale e post-natale per levatrici.

La domanda, in carta legale, va inoltrata alla Federazione Provinciale di Napoli dell'O. N. M. I. (piazza S. Maria La Nova 44) non più tardi del 15 settembre. Tassa L. 50 per i medici e L. 30 per le levatrici (presso il Banco di Roma, sede di Napoli).

Ai primi due classificati agli esami di ogni corso sarà assegnato rispettivamente un premio di L. 300 e un premio di L. 200. Sono stati istituiti anche per ciascun corso n. 8 premi (4 da L. 300 e 4 da L. 200) da assegnarsi esclusivamente, sempre in ordine di merito, a medici e levatrici di Comuni rurali.

Corsi simili sono istituiti presso altre sedi universitarie.

**L'Istituto oncologico di Milano.**

Il sesto anno di attività dell'Istituto Nazionale « Vittorio Emanuele III » per lo studio e la cura del cancro, segna un notevole progresso, come si desume da una relazione.

Difatti sono stati ricoverati 1216 pazienti con un totale di 48.645 giornate di degenza, corrispondenti alla media di 40 per ciascun infermo ed a quella quotidiana di 133,5 presenze.

Il numero degli individui venuti all'ambulatorio, per il primo esame, fu di 1036; sono da aggiungervi le visite di controllo, alla regolare effettuazione delle quali contribuisce l'opera benemerita delle dame visitatrici, particolarmente utile nello stimolare i dimessi alla periodica revisione e nel procurare notizie dopo la loro uscita dall'Istituto.

L'attività scientifica è attestata dal fatto che si sono pubblicati 27 lavori, tra i quali non ne mancano d'indole monografica.

L'Archivio «Tumori» ha divulgato, nelle sue 700 pagine, 22 memorie originali, corredate da 63 tavole, e 78 recensioni delle ricerche italiane e straniere, di maggior interesse.

Alla propaganda sociale scientifica l'Istituto ha concorso col suo personale in più modi. Il personale dell'Istituto ha avuto onorifici incarichi; tra l'altro, il direttore prof. G. Fichera fu scelto a relatore sul tema « Chemioterapia del cancro » nel Congresso internazionale di Madrid.

**Associazione francese dei medici cattolici.**

Il 10 luglio l'« Association des médecins catholiques » (Société de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien) ha festeggiato, a Parigi, il 50° anniversario della sua fondazione.

La giornata s'iniziò con una messa celebrata nella Basilica del Sacro Cuore, dal canonico Segaux, dottore in medicina, membro della società. Monsignor Baudrillart, rettore dell'Istituto Cattolico, pronunziò poi un sermone.

Seguirono due sedute di lavoro, nei locali del Circolo degli Studenti cattolici (rue Madame 61): il segretario generale, dott. Ferrand, espose la storia dell'Associazione; poi vennero fatte varie relazioni dalla segreteria internazionale e dalle segreterie di varie società straniere. I congressisti furono ricevuti all'Arcivescovado con l'intervento dei Vescovi ausiliari e poi si riunirono a banchetto nell'Hôtel Lutetia. I membri dell'associazione hanno anche visitato i santuari in cui sono custodite e documentate le tradizioni dell'arte medica medioevale.

L'Associazione comprende 2300 membri titolari o aderenti (devono essere di nazionalità francese, dottori in medicina e cattolici), oltre a membri onorari ed a membri aspiranti (studenti in medicina). Essa è ripartita in 40 comitati regionali. La quota annua è di 20 franchi e dà diritto ad un Bollettino (10 numeri l'anno).

La società è eminentemente religiosa, riconosciuta come Confraternita canonica, con sede nella Basilica del Sacro Cuore a Montmartre; nelle sue adunanze vengono esaminati problemi che riguardano, ad un tempo, la medicina, la filosofia, la morale e l'apologetica; per lo più esse sono tenute in collaborazione di teologi; i membri dell'Associazione prendono parte alle opere sociali diocesane, nella misura in cui la loro competenza professio-

nale può essere utile (igiene del clero, missioni, ispezioni scolastiche). Ne è sistematicamente bandita ogni questione d'interesse materiale. Ogni discussione politica è pure interdetta.

**Associazione Medica Cinese.**

Si è adunata a Nanchino, dal 2 al 7 aprile, con l'intervento di circa 300 medici; vi furono fatte circa 260 comunicazioni. Dalla relazione del segretario generale, H. P. Ciù, si apprende, tra l'altro, che sono stati pubblicati in lingua cinese due trattati moderni (radiologia medica e tossicologia) e stati tradotti in cinese tre trattati, un lessico medico, ecc.; sono ora in corso di traduzione una ventina di libri (tutti inglesi o nord-americani). Si apprende che presso il Ministero dell'interno figurano 5175 medici (con cultura « occidentale »). L'agenda (direttorio) dei medici cinesi, aggiornata nel 1932, registra 5000 medici, 410 ospedali, una dozzina d'istituzioni di sanità pubblica, 26 scuole mediche. Si organizzano corsi di perfezionamento.

Organo dell'Associazione è l'ottimo « Chinese Medical Journal » di cui si tirano 2000 copie; il suo bilancio nel 1933 ha superato 20.000 dollari (240.000 lire it. incirca).

Sede: Tzepang Road 41, Shanghai.

**Il certificato matrimoniale di sanità in Argentina.**

La Camera dei Deputati dell'Argentina ha approvato in prima lettura un progetto di legge che rende obbligatoria la presentazione del certificato di sanità fisica tra i documenti di rito necessari per contrarre matrimonio, sia che questo sia celebrato innanzi all'ufficiale di Stato civile, che innanzi al sacerdote.

Nel progetto di legge è ammessa come causa di nullità di matrimonio la denuncia e la constatazione di falsità in certificato di sanità di uno solo dei coniugi. È prevista la istituzione in tutta la Repubblica di « centri di igiene prenuziale », che oltre al compito di rilasciare i certificati suddetti avranno anche il compito di veri e propri consultori per chi desidera contrarre matrimonio.

**Un po' dovunque.**

Mentre questo fascicolo va in macchina, si svolgono a Milano e Como tre congressi riuniti di stomato-odontologia; ce ne occuperemo nel fascicolo prossimo.

La « Societas oto-rhino-laryngologica latina » terrà il 4° Congresso a Bruxelles, dal 20 al 24 settembre 1935, sotto la presidenza del dott. Buys. I Sovrani del Belgio hanno accordato al Congresso il loro Alto Patronato. Rivolgersi al segretario, dott. F. Vues, rue de Livourne 9, Bruxelles.

Il 9° Congresso internazionale dell'Associazione di Medicina Tropicale dell'Estremo Oriente si terrà a Nanchino dall'1 al 7 ottobre; sarà diviso in 8 sezioni; vi sarà annessa una Mostra. Rivolgersi al dott. P. Z. King, Secretary, Far East Association of Tropical Medicine, Wei Sheng Shu, Nanking, Cina.

La Società Medico-Chirurgica della Romagna si è adunata il 24 giugno, sotto la presidenza del prof. F. Giugni (Lugo), assistito dal segretario dott. P. Galli (Faenza). Furono fatte comunicazioni dal Presidente e dai soci Cicognani (Ravenna), Ventimiglia (Forlì) e Marcucci (Faenza).

Si è tenuto ad Amsterdam un congresso internazionale di medicina omeopatica, il quale ha riunito più di 200 medici appartenenti a 24 Nazioni. A segretario generale è stato scelto il dott. Gaetano Gagliardi di Roma. Il prossimo congresso si terrà nel 1935 a Budapest.

La Società Uruguayana di Nipiologia, fondata il 20 dicembre 1933, per iniziativa del prof. Morquio, in Montevideo, fu costituita definitivamente il 10 maggio 1934 con l'approvazione dello Statuto e con la nomina del Consiglio direttivo: prof. Escardo, presidente; dott. M. L. Araquistain, segretario; prof. Fournié, tesoriere. Il prof. Morquio fu nominato presidente onorario.

Nella Società Cilena di Pediatria il prof. Cienfuegos, presentando il dott. Mazzini, consigliere della Società italiana di Nipiologia, propose un voto di plauso al fondatore della Nipiologia, prof. Cacace. Il presidente prof. Aritzia, in nome dell'Assemblea, approvò il voto di simpatia al prof. Cacace, riconoscendo l'importanza del movimento nipiologico.

Il dott. Mazzini lesse una comunicazione sulla Nipiologia; ed il prof. Aritzia, ringraziando il dott. Mazzini, disse che il Consiglio direttivo della Società prenderà l'iniziativa d'introdurre la nipiologia nel Cile.

Durante il 5° Congresso nazionale di medicina indetto a Rosario (Argentina) si terrà una « Mostra del libro medico argentino ».

La Facoltà Medica di Bogotá (Colombia) ha istituito una cattedra di storia della medicina, in accoglimento dei voti della Società Medico-Chirurgica « Lombarra Barreneche ».

I « Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen » hanno iniziato, con il mese di luglio, il 50° volume. Fondati da Albers-Schönberg, vantano tradizioni gloriose. La graduale comparsa di altri periodici tedeschi di radiologia — la « Strahlentherapie », un « Centrablatt », la « Röntgenpraxis » — ha avuto per risultato di ridurre il campo d'azione dei « Fortschritte »; ma questi rimangono pur sempre il periodico scientifico di röntgenologia medica più accreditato dei Paesi tedeschi.

Il grandioso sanatorio « Vittorio Emanuele III », che sarà inaugurato ad Alessandria in ottobre, è dovuto alla munificenza del sen. Teresio Borsalino, che, come risulta da un verbale del Rettorato provinciale in data 10 luglio 1927, ha, con regolare atto di donazione, offerta la somma necessaria, in nove milioni, alla imponente realizzazione di solidarietà fascista.

Il 19 luglio è stato inaugurato il nuovo servizio di elettro-radiologia all'Ospedale della « Pitié » di Parigi; alla cerimonia intervennero alte personalità; parlarono Delherm, direttore del servizio, Mourier, direttore dell'Assistenza pubblica, e Strauss, ex ministro; si procedette poi alla visita del magnifico padiglione.

È stato costituito, il 19 giugno, un « Comitato di avvicinamento intellettuale belgo-brasiliano », per iniziativa dell'ambasciatore belga nel Brasile,

S. E. Fernand Pehtzer. Nell'effettuare gli scambi di studiosi conferenzieri, si procederà d'intesa con l'Istituto di cultura belgo-argentino.

Nel Giappone durante il 1933 le 19 Facoltà mediche e gli 11 Collegi medici diplomarono 3143 medici; durante il 1932 morirono 933 medici e 23 abbandonarono la professione: si ha un'eccedenza di oltre 2000 medici. Nel 1930 si aveva un medico ogni 1297 persone; nel 1933 si era a 1:1078; continuando di questo passo, tra 10 anni si sarà arrivati a 1:500. Si fanno vive premure ai medici perchè emigrino nella Manciuria.

I medici che, per mandato della Società delle Nazioni, frequentano l'Istituto di Malariologia di Roma, si sono recati a visitare la colonia antimalarica di Borghetto, fondata dal prof. B. Gosio, il quale ha tenuto loro una conferenza.

La Società di Medicina e d'Igiene del Marocco ha organizzato una serata d'addio in onore del dott. Colombani, che lascia la direzione della sanità e dell'igiene pubblica del Marocco. dopo avere organizzato i servizi con uno sforzo gigantesco. Gli succede il suo collaboratore dott. Gaud.

Nei giardini dell'Ospedale Marittimo di Brest è stato inaugurato un monumento alla memoria del dott. Alberto Calmette.

Con R. Decreto la R. Università di Parma è autorizzata ad accettare L. 10.000 di consolidato 5 % che il prof. P. Piccinini ha versato perchè sia istituito un premio annuo intitolato al sen. prof. Umberto Gabbi.

Un gruppo di studenti universitari di Tolosa ha compiuto un viaggio di studi in Italia. Sono stati a Genova, Roma, Firenze, Venezia, Milano, Torino ove i colleghi italiani hanno fatto loro cordialissime accoglienze. Sono stati ricevuti dal Duce, al Palazzo Venezia.

Un gruppo di medici del Sindacato Medico della Catalogna ha protestato contro l'esito di un concorso a quattro ispettori medici, concorso deciso d'autorità da un funzionario interinale, nominando, tra gli altri, un suo fratello ed un suo parente.

In seno alla Società di Neurologia e Psichiatria di Madrid è stato discusso ampiamente, da medici e giuristi, il tema « Il problema legale degli stati paranoici », a proposito di un processo che ha sollevato molto rumore (morte di Hildgart); si è riconosciuto che la protagonista (donna Aurora Rodriguez, madre di Hildgart) è affetta da paranoia e si è deciso di fare dei passi per una nuova perizia psichiatrica.

Il dott. May, condannato per non aver denunziato Billinger, cui egli prestò cure d'urgenza, è variamente giudicato: per il « Lancet » egli ha ubbidito al principio del segreto professionale, per il « Med. Times » a un sentimento di paura.

Il Tribunale sanitario di Wiesbaden ha sentenziato la sterilizzazione di una donna 41enne nata e domiciliata in Germania, ma con cittadinanza italiana (nata da genitori italiani), affetta da epilessia. La sentenza solleva questioni di diritto internazionale.

A Roma si è proceduto ad otto arresti ed a sei denunzie di spacciatori di saccarina; questa proveniva dalla Svizzera (ne erano stati venduti 24 kg. a L. 300 il Kg.).

Un certo Karl Bauscheidt di Bonn (Germania) aveva ideato una « sveglia della vita », con cui praticava, sulla pelle, molti piccoli fori; su questi applicava poi degli unguenti, che contenevano sostanze varie. Una donna affetta di diabete, dopo aver ricevuto 100 applicazioni (circa 3000 punture), invece di migliorare peggiorò. In esito a processo, il ciarlatano è stato ora condannato a 6 settimane di prigione, a 3000 marchi di multa, alle spese di giudizio, ecc.

La crisi della natalità diventa sempre più grave in Francia: 46 dipartimenti su 90 hanno registrato un'eccedenza di morti sulle nascite. La regione del Lot raggiunge il primato della denatalità, con 148 morti ogni 100 nascite.

Il dott. ANGEL GALLARDO, morto a Buenos Aires in età di 67 anni, era laureato in ingegneria civile, in scienze naturali, in medicina, in veterinaria e in agronomia. Fu ministro degli Esteri, ministro plenipotenziario in Italia, rettore dell'Università di Buenos Aires, presidente dell'Accademia delle Scienze, direttore del Museo Nazionale di Storia Naturale, ecc. Lascia 268 pubblicazioni e un Trattato di zoologia. Era molto apprezzato e stimato quale studioso e quale uomo politico.

## RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Incurabili*, apr. — A. CANTANI. Terapia stimolante.

*Med. Welt*, 19 mag. — L. R. GROTE. Glicosuria alimentare e diagnosi precoce del diabete. — H. VOGT. Alimentazione del bambino normale.

*Journal A. M. A.*, 12 mag. — J. V. AMBLER e J. V. VAN CLEVE. Malarioterapia nella cheratite interstiziale sifilitica. — W. J. STONE e G. T. BURKE. Ricerca del sangue occulto.

*Münch. Med. Woch.*, 18 mag. — E. FREY. Sui sedativi. — K. JOHNEN. Successi e insuccessi sul trattam. della gonorrea femm.

*Lancet*, 19 mag. — G. KEYNER. L'avvenire della chirurgia. — E. C. DODDO. Gli ormoni e loro relazioni chimiche.

*Presse Méd.*, 19 mag. — G. ETIENNE e al. La gastroterapia nell'anemia pernic. di Biermer. — E. GÉRAUDEL. La dissociazione auricolo-ventricolare.

*Rev. Españ. de Med. y Cir.*, mag. — P. GONZÁLEZ DELEITO. L'inizio della paralisi generale.

*Med. Ibera*, 19 mag. — G. SUÁREZ. Setticemia stafilococcica pura.

*Klin. Woch.*, 26 mag. — F. MEYTHALER. Regolazione neuro-ormonale del ricambio idrocarbonato da parte del fegato. — K. HECKMANN. Sulle funzioni della cistifellea.

*Deut. Med. Woch.*, 25 mag. — KLEINSCHMIDT. Antitossina e difterite. — DAHR. Meningite e sepsi da bacillo influenzale.

*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 mag. — Numero di dermosifilografia.

*Croce Rossa*, apr. — Numero di tisiologia.

*Haematologica, Arch.*, V. — A. M. BONANNO. Agranulocitosi da raggi Roentgen. — C. PANÀ. Alienia congenita.

*Minerva Med.*, 26 mag. — A. GASBARRINI. Sindrome di Bürger. — P. ALESSANDRINI. Terapia medica della colica epatica.

*Riv. San. Sicil.*, 15 mag. — L. AJELLO. Rapporti fra S. R. E., anemia grave ed osteomalacia in gravidanza.

*Presse Méd.*, 23 mag. — M. ARON. Principio specifico nell'urina di cancerosi. — P. RAVAUT e RABEAU. Ultravirus tbc. nel sangue di parapsoriasico d'antica data. — S. ZANETTI. Colecistografia rapida all'adrenalina.

*Riforma Med.*, 12 mag. — G. SOTGIU. Latticemia. — E. SECCHI. Funzionalità renale dei luetici.

*Brit. Med. Journ.*, 26 mag. — C. STANFORD READ. Psicoterapia.

*Paris Méd.*, 19 mag. — Malattie del fegato e del pancreas. — 26 mag. UCKO. Esploraz. funzionale dei disturbi tiroidei e paratiroidei. — DESRUELLES e al. Azione della vagotonina sulla pressione arter.

*Presse Méd.*, 26 mag. — M. LAEMMER e J. BECK. Birilmiometria.

*Arch. Mal. App. Dig. ecc.*, mag. — F. TRÉMOLIÈRES e al. Ernia diaframmatica dello stomaco. — P. MERKLEN e al. Vomiti degli anacloridrici.

*Proc. R. Soc. Med.*, mag. — Discussioni su: nefrite cronica; vaccinazione; pressione endocranica; eziologia di reumatismo acuto e corea; malattia fibrocistica delle ossa. Casistica.

*Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg.*, giu. — W. WARASI. Sull'azione della chinina. — F. LANDEIRO. Metodo di arricchimento dei parassiti malarici nel sangue.

*Bull. Ac. de Méd.*, 22 mag. — VINCENT. Sieroterapia antistreptococcica. — MALHERBE e VILENSKI. Rflesso degli alluci, segno d'affezione auricolare nel bambino.

*Revue de Méd.*, apr. — Numero di pediatria.

## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

**Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.**

ANNO XLI Roma, 13 Agosto 1934 - XII Num. 32


# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

**SEZIONE PRATICA**

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma


## SOMMARIO.



# STUDI RIASSUNTIVI


ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Direttore: prof. C. FRUGONI.


## La patologia del reumatismo dal punto di vista dell'eziologia streptococcica e dell'infezione focale (1).


Dott. VIRGILIO CHINI e Dott. MARCELLO LUSENA aiuti e docenti.


Le teorie oggi maggiormente sostenute sulla eziologia del reumatismo sono quella tubercolare, quella streptococcica e quella da virus ignoto; tra le due prime teorie, non vi sarebbe, secondo alcuni, quel grande distacco che appare a tutta prima, in quanto buona parte degli AA. è oggi propensa a vedere nel reumatismo la risultante di fattori anche di ordine allergico, indipendentemente dalla natura dell'agente allergizzante. Non pochi sono però quelli che pensano ad un agente specifico tuttora ignoto, probabilmente appartenente al gruppo dei virus filtrabili (Schottmüller, Fahr, Ceconi, Gräff, Aschoff); oggi, le nostre conoscenze sulla probabile esistenza di una fase filtrabile di molti schizomiceti e degli stessi streptococchi, ci permettono di fare utili considerazioni sul risultato di alcune ricerche sperimentali condotte, con diversi orientamenti, e con risultati in parte analoghi in questo campo (De Vecchi, Rosenow).

La patologia sperimentale non è ancora arrivata a precisare in modo matematico l'eziologia della malattia, anche perchè vengono a mancare alcuni termini di paragone. Una base sufficientemente solida sembra a molti essere rappresentata da quanto oggi sappiamo sulla fine istopatologia della cosidetta « granulomatosi reumatica ». Ma anche questi dati non sono accertati in maniera definitiva e indiscutibile.

Noi vogliamo qui sottoporre ad un esame critico le attuali conoscenze relative alla teoria streptococcica del reumatismo, che è oggi, con opposti intenti, all'ordine del giorno. La vivacità del dibattito che sta svolgendosi su questo terreno trae in parte la sua origine,

(1) Relazione del Congresso internazionale del Reumatismo in Mosca (4 maggio 1934).

secondo noi, dal fatto che sinora nessun elemento sicuro porta alla inequivocabile dimostrazione di questa teoria, come d'altra parte nessuno degli elementi ritenuti sinora contrari è tale da poterla escludere in maniera assoluta. Ad ognuno di questi elementi, favorevoli o contrari, possono essere mosse volta a volta delle obiezioni che noi riteniamo per ora come non sicuramente superate. È probabile che i termini entro cui il dibattito si svolge debbano subire delle variazioni e degli spostamenti, perchè pare realmente di essere giunti ad un punto morto.

***

I principali punti intorno ai quali si discute a favore o contro la teoria streptococcica del reumatismo, si riferiscono a:

1) Dimostrazione o meno di streptococchi nel sangue dei reumatici e nei tessuti malati;

2) Risultati delle inoculazioni di streptococchi in animali;

3) Reazioni immunitarie da parte dei reumatici di fronte allo streptococco.

Questi dati riguardano la teoria streptococcica in genere; ma oggi la teoria streptococcica si presenta anche sotto aspetti particolari, sotto, cioè, una variante focale e allergica; e a favore o contro la teoria focale esistono pure svariati elementi, che riguardano: la frequenza di focolai infettivi streptococcici nei reumatici; le esperienze di cosidetta localizzazione elettiva degli streptococchi dei reumatici nelle articolazioni di animali di laboratorio; il risultato di trattamenti terapeutici appropriati (ablazione del focolaio o dei focolai infettivi, vaccinoterapia, specie autovaccinoterapia).

I) *Isolamento di streptococchi dal sangue e dai tessuti nei reumatici.*

Numerose osservazioni documentano che dal sangue e dai tessuti di reumatici è possibile l'isolamento di streptococchi.

Non esiste a questo riguardo uniformità di vedute tra i vari AA. che assegnano valore alla dimostrazione dello streptococco nel sangue di reumatici: secondo alcuni si deve ammettere l'esistenza di uno streptococco « specifico » per il reumatismo, analogamente a quanto si ha per la scarlattina (*Str. scarlatinae*), naturalmente per coloro che ammettono la natura streptococcica della scarlattina; secondo altri, non esisterebbe uno streptococco « specifico », bensì diversi tipi di streptococchi potrebbero essere responsabili della malattia. Tra i primi AA. vanno citati Poynton e Paine (« Str.-Dipl. rheumaticus »), e Small, Birkhaug (« Str. cardio-arthritidis ») e più recentemente Cecil Nicholls e Stainsby (« Str. emolitico attenuato »). Però anche da parte di questi ultimi AA. il concetto di « specificità » non è sostenuto in senso stretto, e invece assai più numerosa è la schiera di coloro che pensano a streptococchi non specifici, pur ammettendo qualcuno la prevalenza di uno o di altro determinato tipo; così secondo qualcuno, str. anemolitici (Bourdelles), str. viridanti (Clawson), str. emolitici (Coburn e Pauli); ma oramai quasi tutti sono d'accordo nell'ammettere che possano essere presenti nei reumatici degli streptococchi indipendentemente da alcuni loro caratteri morfologici e culturali (Surányi e Forrò, Richards, Billing, Colemann, Hills, Crowe, Richards, Moon e Edwards, Burbank, Sisto, Burbank e Hadjopoulos, Williams, Andrews, Derick e Swift, Weinstein e Styron, Gray e Gowen, Gray, Fendrick e Gowen, Jordan, Blair e Hallmann, Schlesinger, ecc. ecc.).

L'importanza di tutte queste ricerche, nonostante il numero dei risultati positivi e anche l'autorevolezza di alcuni ricercatori, non è assoluta. Numerose obiezioni possono essere fatte. Anzitutto accanto a queste ricerche positive, ne esistono, si può dire altrettante, di negative Nye e Seegal, Lynch, Gamna, Gamna e Andrei, Ceresoli, Bernhardt e Hench, Lichtmann e Gross, Schottmüller, ecc. ecc.). Questa incostanza è già di per sè difficilmente spiegabile, tanto più che in malattie sicuramente sostenute da streptococchi, la dimostrazione nel sangue dei germi riesce a volte estremamente facile (sepsi streptococciche, endocardite lenta streptococcica, ecc.).

D'altra parte numerosi AA. che hanno ottenuto emoculture positive, hanno dovuto ricorrere a particolari metodi, che possono essere anche di per sè passibili di critica per la loro eccessiva complicazione, o perchè risultati positivi si sono avuti soltanto da subculture (maggior facilità di inquinamenti, ecc.). Oltre all'incostanza, anche l'indeterminatezza dei caratteri dei germi isolati non può fare a meno di destare meraviglia e scetticismo; per quanto oggi siano largamente ammesse dissociazioni e variazioni microbiche anche nel campo degli streptococchi (Pesch e Becker, Braun, Kendall, Dawson, Styron e Spicer, Ramsin e Giukowitch, Cooley, ecc.), è strano che tante variazioni si abbiano in una stessa malattia: di fronte a tanto contrasto di risultati è brillante la frase di Blair e Hallmann: « The most consistent feature of these reports is the inconsistency of the results » (!).

Appare logico pertanto che molti risultati positivi siano stati considerati di scarso valore: tuttavia noi pensiamo che piuttosto di parlare di banali inquinamenti, il che in fondo non appare affatto giustificato, sia più logico ammettere che si tratti di episodi batteriemici reali, anche se sprovvisti di significato etiologico, episodi che richiedono tuttavia la loro interpretazione.

Un elemento che può servire per una tale interpretazione può, secondo noi, essere rappresentato dal fatto che generalmente i reumatici sono dei soggetti portatori di focolai infettivi streptococcici.

Non è affatto escluso che questa condizione possa di per sè giustificare episodi batteriemici; anzi, tutt'altro.

Anzitutto si danno realmente casi in cui in occasione di tonsilliti acute si può isolare dal sangue uno streptococco: noi stessi (Chini) ne abbiamo alcune osservazioni personali, e trattavasi di casi che non presentavano la benchè minima manifestazione clinica articolare; trattavasi tuttavia di tonsilliti generalmente con notevole compromissione dello stato generale, e il dato risultò positivo solo in alcune emoculture e in altre no: dunque, episodi batteriemici passeggeri, ma documentabili. In secondo luogo, è stato visto recentemente che interventi diretti su focolai streptococcici (massaggio di tonsille, prostata, ecc.), può portare a rapide, fugaci, incostanti streptococcemie (Richards).

Il passaggio di streptococchi in circolo da focolai infettivi è ancora documentato dal reperto di streptococchi nelle urine, non solo di nefritici (Ferrata, Fieschi e Cattaneo, Preti, Battistini, ecc.), ma anche di persone sane (Corelli), analoghi a quelli contenuti nelle tonsille, e infine dall'accentuarsi, spesso fugace, di una batteriuria streptococcica in seguito a tonsillectomia.

Dunque, è possibile che individui semplicemente portatori di focolai infettivi streptococcici presentino episodi batteriemici, ai quali può anche non essere assegnato significato etiologico rispetto al reumatismo; nei reumatici fatti di tonsillite od altro, qualunque ne sia la natura, possono quindi giustificare incostanti reperti di streptococchi nel sangue. *La positività di una emocultura per lo streptococco non ci dice pertanto che il germe isolato sia direttamente responsabile della malattia reumatica.*

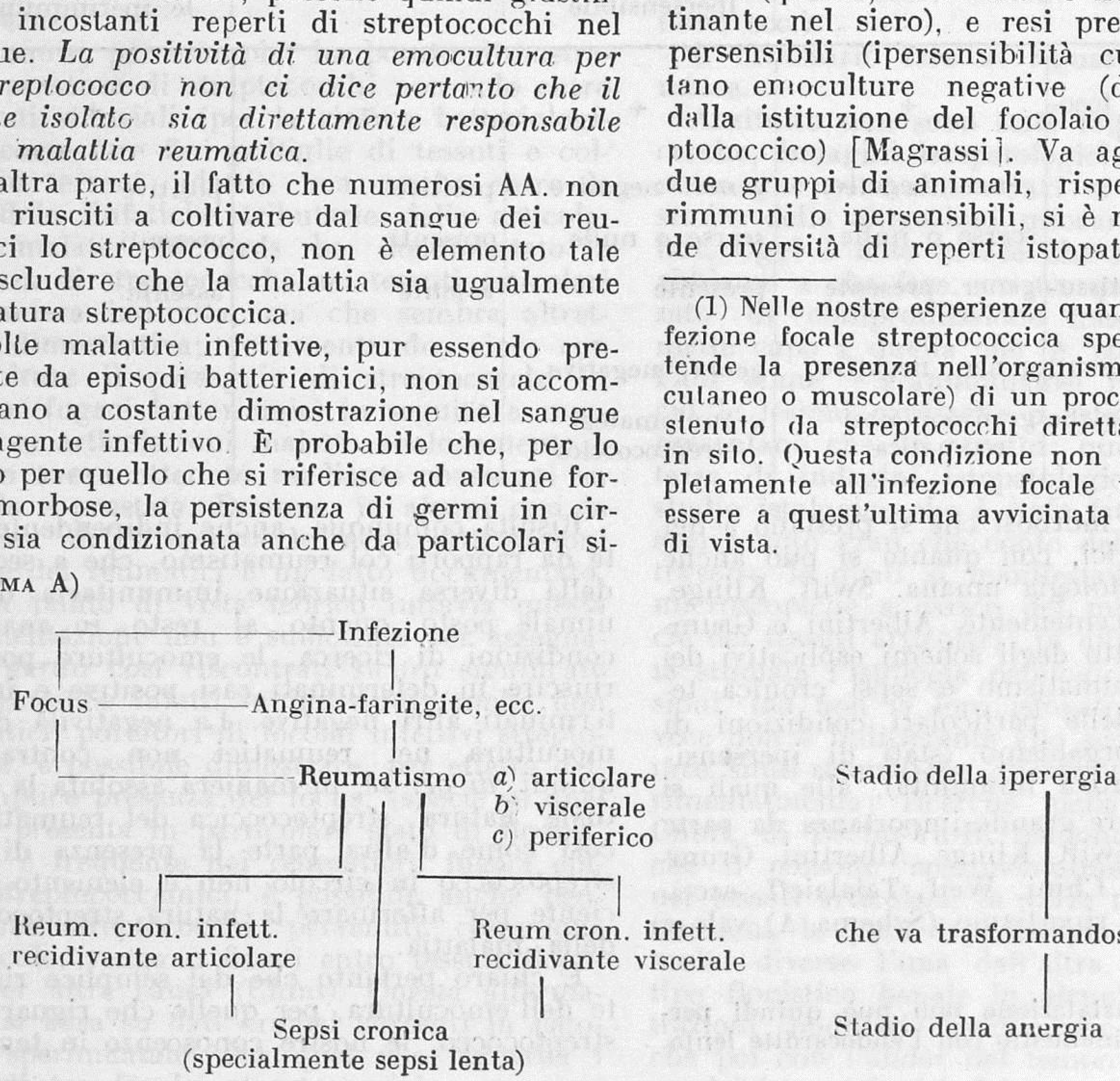
D'altra parte, il fatto che numerosi AA. non sono riusciti a coltivare dal sangue dei reumatici lo streptococco, non è elemento tale da escludere che la malattia sia ugualmente di natura streptococcica.

Molte malattie infettive, pur essendo precedute da episodi batteriemici, non si accompagnano a costante dimostrazione nel sangue dell'agente infettivo. È probabile che, per lo meno per quello che si riferisce ad alcune forme morbose, la persistenza di germi in circolo sia condizionata anche da particolari situazioni di recettività: Lusena ha osservato in malati di tifo con notevole quantità di anticorpi in circolo ed emoculture positive, la caduta specifica del potere battericida del sangue di fronte al b. di Eberth: analoga osservazione ha fatto in un caso di endocardite lenta; in questi casi, l'iperimmunità umorale (alto potere agglutinante specifico del siero) non sarebbe altro che un singolare aspetto di iperrecettività verso il germe, e ne verrebbe giustificata la facilità con cui in tali condizioni si ottengono emoculture positive. Tale sembra essere, secondo Lusena, il caso dell'endocardite lenta, affezione generalmente streptococcica, in cui esiste alto potere agglutinante del siero (Swift, Kreidler, Blake, Kinsella, Lusena, Corelli) e in cui l'emocultura riesce positiva assai facilmente.

Dal punto di vista sperimentale queste osservazioni hanno trovato una parziale conferma (Chini, Magrassi): è possibile ottenere in animali portatori di un'infezione focale streptococcica (1), emoculture positive o negative, a seconda della situazione immunitaria dell'animale: conigli con focolaio streptococcico, resi precedentemente iperimmuni dal punto di vista umorale (alto tasso agglutinante specifico nel siero), presentano una batteriemia streptococcica quasi costante (= stato di sepsi cronica?); conigli con focolaio streptococcico analogo, ma non iperimmuni (quindi, con scarso o nullo tasso agglutinante nel siero), e resi precedentemente ipersensibili (ipersensibilità cutanea), presentano emoculture negative (dopo 2-3 giorni dalla istituzione del focolaio infettivo streptococcico) [Magrassi]. Va aggiunto che nei due gruppi di animali, rispettivamente iperimmuni o ipersensibili, si è riscontrata grande diversità di reperti istopatologici: nell'un

(1) Nelle nostre esperienze quando si parla di infezione focale streptococcica sperimentale si intende la presenza nell'organismo (tessuto sottocutaneo o muscolare) di un processo flogistico sostenuto da streptococchi direttamente inoculati in sito. Questa condizione non corrisponde completamente all'infezione focale umana, ma può essere a quest'ultima avvicinata da diversi punti di vista.

(SCHEMA A)



caso (animali iperimmuni), reperto istopatologico pressochè nullo (2), nell'altro caso (animali ipersensibili), presenza di una diffusa granulomatosi streptococcica che possiamo per ora indicare col termine di simil- reumatica (Magrassi). È chiaro che in tal modo, dal punto di vista sperimentale si sono ottenuti dei quadri morbosi che si prestano a dei raffronti analogici, con quanto si può anche osservare in patologia umana. Swift, Klinge, e del tutto recentemente Albertini e Grumbach, hanno fatto degli schemi esplicativi dei rapporti tra reumatismo e sepsi cronica tenendo conto delle particolari condizioni di reattività dell'organismo (stati di ipersensibilità e di relativa immunità), alle quali si tende oggi a dare grande importanza da parte di molti AA. (Swift, Klinge, Albertini, Grumbach, Lusena e Chini, Weil, Talalaieff, ecc.). Lo schema che riportiamo (Schema A) vale a dare un'idea di quanto oggi, seguendo queste direttive, si tende ad ammettere (da Klinge).

A un tale schema ne può essere posto a fianco uno, sotto certi punti di vista, analogo che schematizza i risultati delle nostre osservazioni sperimentali (Chini, Magrassi). (Schema B).

(SCHEMA B)

Focus streptococcico

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Animali ipersensibili | Animali iperimmuni | |
| (*iperergia*) | alta reattività cutanea | scarsa o nulla reattività cutanea (*anergia*) | |
| (*scarsa immunità*) | scarso tasso agglutinante | alto tasso agglutinante | (*immunità*) |
| | assenza di germi in circolo | presenza di germi in circolo | |
| | *granulomatosi streptococcica* | *sepsi cronica* (?) | |

Sembra realmente che l'esperimento possa realizzare due condizioni diverse, che hanno numerosi punti di contatto con quanto si può osservare in patologia umana. Onde sembra possa essere fatto il seguente raffronto:

| | Reumatismo | Focus streptococcico in animale ipersensibile | Sepsi lenta | Focus streptococcicus in animale iperimmune |
|---|---|---|---|---|
| Presenza di focolai infettivi | + | + | + | + |
| Emoculture | gener. negative | gener. negative | positive | positive |
| Agglutinine | scarse o nulle | scarse o nulle | presenti | presenti |
| Reattività tissulare | gener. presente | presente | assente | assente |
| Culture dai tessuti | gener. negative | gener. negative | | |
| Lesioni istologiche | granulomatosi reumatica | granulomatosi streptococcica | | |

Risulta comunque, anche indipendentemente da rapporti col reumatismo, che a seconda della diversa situazione immunitaria dell'animale posto, quanto al resto, in analoghe condizioni di ricerca, le emoculture possono riuscire in determinati casi positive e in determinati altri negative. La negatività dell'emocultura nei reumatici non contraddice quindi, *di per sè*, in maniera assoluta la eventuale natura streptococcica del reumatismo, così come d'altra parte la presenza di uno streptococco in circolo non è elemento sufficiente per affermare la natura streptococcica della malattia.

È chiaro pertanto che dal semplice risultato dell'emocultura, per quello che riguarda lo streptococco, le nostre conoscenze in tema di

(2) Questa constatazione non può quindi permettere un avvicinamento con l'endocardite lenta.

reumatismo potranno scarsamente avvantaggiarsi.

Altrettanto discussi e discutibili sono i reperti relativi alla presenza o meno di streptococchi entro il liquido sinoviale e nell'intimo dei tessuti stessi malati. Anche in questo campo si hanno osservazioni positive (Rosenow, Richards, Cecil, Jordan, ecc.) e osservazioni negative (Blair e Hallmann, ecc.). Le osservazioni negative sembrano avere di per sè minore importanza, anche perchè è noto che spesso essudati (di artriti sicuramente gonococciche, di versamenti pleurici metapneumonici, ecc.) risultano sterili; la ricerca poi di germi entro i tessuti va fatta con opportuni metodi che non sempre sono stati seguiti. Oltre a ciò se anche vi fosse in essi tessuti una reale assenza di germi, anche questo non sarebbe di per sè elemento sufficiente per escludere tassativamente la natura streptococcica delle lesioni in essi riscontrabili, in quanto da molti oggi si pensa che alcune manifestazioni, specie articolari, del reumatismo più che di natura batterica siano piuttosto di natura tossico-allergica. Meno facili sono le obiezioni a risultati positivi; perchè in realtà in patologia sperimentale e umana delle malattie infettive si tende a dar notevole valore alla presenza di germi entro la compagine dei tessuti malati. Negare a priori ogni significato a tal genere di osservazioni sembra alquanto arbitrario.

Rosenow, per esempio, ha potuto dimostrare la presenza di streptococchi non solo entro i tessuti sinoviali (per la ricerca batteriologica occorre fare fini poltiglie di tessuti e colture in terreni adatti), ma anche entro le ghiandole linfatiche tributarie delle articolazioni malate. Richards ha documentato la presenza di streptococchi nei tessuti articolari in maniera indiretta, ma che sembra altrettanto dimostrativa; documentando, cioè, con emocolture il passaggio di streptococchi in circolo (fugaci batteriemie) in seguito a massaggi su articolazioni malate, analogamente a quanto aveva ottenuto mediante massaggi su tonsilla e prostata. Dunque, in alcuni casi la presenza di streptococchi nelle articolazioni malate dei reumatici è un fatto documentato. Da un punto di vista teorico tuttavia questa documentazione non è sufficiente per assegnare ai germi così riscontrati sicuro significato etiologico. Se infatti in individui, anche non reumatici, portatori di focolai infettivi streptococcici, è possibile dimostrare, per effetto della semplice presenza del focus, (specie se questo si presenta in particolare stato di flogosi, il che è frequente nei reumatici), fugaci episodi streptococcemici, è possibile anche pensare che streptococchi, pervenuti comunque in circolo, vengano fissati entro tessuti flogosati per altra causa (Chini). Questa affermazione si basa su dati oramai correnti in patologia sperimentale, Per quel che riguarda i rapporti tra focolai streptococcici e presenza di streptococchi entro articolazioni in preda a processi flogistici originariamente non streptococcici, questo fatto risulta dimostrato anche da ricerche sperimentali di Chini; animali portatori di focolai sottocutanei da streptococchi non artrofili, e nei quali era stata provocata precedentemente al focus una artrite asettica da etere, presentano nell'articolazione malata streptococchi analoghi a quelli inoculati nel sottocute, i quali, per di più, (e ciò ha valore per quanto ha visto Rosenow) assumono un certo grado di artrofilia.

*Dunque, anche la presenza di streptococchi nei tessuti articolari di artriti reumatiche, non è sicura documentazione della natura streptococcica dell'artrite.*

II) *Risultati ottenuti con l'inoculazione di streptococchi negli animali.*

Questo, è attualmente uno dei punti maggiormente controverso nella patologia sperimentale del reumatismo. Numerosi AA. hanno creduto di poter documentare la natura streptococcica del reumatismo, in quanto inoculazioni di streptococchi ad animali di laboratorio davano origine a quadri morbosi che vengono definiti simil-reumatici, e che da qualcuno sono stati senz'altro considerati come reumatici veri e propri, specie per quello che riguarda le lesioni cardiache e articolari Poynton e Paine. Small, Birkhaug, Rosenow, ecc.).

È necessario fare al riguardo alcune premesse.

Anzitutto non sono state fatte in queste ricerche, indagini istopatologiche complete, nel senso che generalmente ci si è fermati allo studio delle alterazioni miocardiche o articolari. Oggi è noto invece che nel reumatismo abbiamo a che fare con un quadro generalizzato di compromissione mesenchimale che mette capo a quella che è stata indicata da Fahr come « granulomatosi reumatica », di cui le lesioni cardiache o articolari non rappresentano che un aspetto: quindi, incompletezza di indagini istopatologiche. Inoltre lo studio istologico che è stato fatto non sembra aver tenuto gran che conto delle modalità attraverso le quali si manifestavano alterazioni microscopiche a carico del miocardio e specie dei tessuti articolari: in altre parole è stata studiata l'istologia patologica di queste lesioni, ma non la loro istopatogenesi; ciò invece non è indifferente allo scopo di considerare simil-reumatiche alterazioni ottenute sperimentalmente: ricerche della Locatelli, di Chini, di Dschu-Yü-Bi tendono a dimostrare che si possono sperimentalmente provocare nei tessuti articolari, in vario modo, delle alterazioni, le quali dapprincipio possono essere molto diverse l'una dall'altra (alterazioni di tipo flogistico banale in alcuni casi, e infiltrazioni nodulari monocitarie in altri), ma che poi con l'andar del tempo danno esito a quadri istopatologici del tutto similari e mol-

to uniformi: infiltrati, generalmente perivasali, rotondocellulari, monocitari-istiocitari, senza presenza di polinucleari, e con comparsa a volte di elementi con l'aspetto di cellule giganti. Risulta che condizioni del tutto diverse possono portare, per quello che riguarda i tessuti articolari, a quadri del tutto analoghi, i quali, per di più, possono essere simili ad alcune fasi del processo istologico reumatico. Si ha veramente l'impressione che con grande facilità ed altrettanta leggerezza si sia da molti parlato di riproduzione istologica del reumatismo. Ma anche a parte queste considerazioni, c'è un punto, che allo stato attuale delle nostre conoscenze, sembra difficilmente superabile; ed è questo: che nonostante gli studi accurati che specie in questi ultimi anni si sono andati facendo sull'anatomia patologica del reumatismo (Aschoff. Fahr, Gräff, Klinge, Huzella, Mc Ewen, Pico Duni, ecc.), non sembra ancora precisata in ogni suo punto con sicurezza assoluta la istologia patologica esatta e specifica del reumatismo!

Noi non intendiamo fermarci ora ad analizzare minutamente questo punto, anche perchè non lo potremmo certamente risolvere e perchè non abbiamo al riguardo osservazioni personali. Ricordiamo soltanto che gli studi più accurati e più completi sembrano a molti oggi essere quelli di Klinge, secondo i quali l'elemento fondamentale della istopatologia del reumatismo è rappresentato da una « primitiva » alterazione regressiva della sostanza fondamentale del connettivo a tipo di degenerazione ialino-fibrinoide, cui segue secondariamente una reazione cellulare prevalentemente monocitaria-istiocitaria; e ciò può verificarsi in tutto il mesenchima. Di fronte alla completezza delle ricerche di Klinge e collaboratori (Vaubel, Grzimek, Sarafoff, Koeppen, Schosnig), sembra a tutta prima strano che AA. del valore di Aschoff e di Gräff affermino che le lesioni specifiche del reumatismo sono diverse da quelle messe in evidenza da Klinge. Ritorneremo anche più avanti e altrove (Chini), su questo punto. Intanto dobbiamo dire, che, qualunque sia la vera essenza della istopatologia del reumatismo, i quadri morbosi ottenuti finora con l'inoculazione endovenosa ad animali di streptococchi non sono identificabili con quello del reumatismo. Come anche noi stessi (Chini, Magrassi) abbiamo potuto osservare, l'iniezione endovenosa di streptococchi provoca spesso la comparsa di artriti o miocarditi, in cui la lesione istopatologica è rappresentata quasi sempre da processi prevalentemente settici, banali, senza alcun quadro di specificità. In questo campo, coloro che negano la natura streptococcica del reumatismo hanno ragione di affermare che le artriti ottenute con l'iniezione endovenosa di streptococchi non corrispondono affatto alle artriti reumatiche: le lesioni osservate in fasi tardive dell'esperienza, anche se simili qualche volta a quelle reumatiche, non possono avere significato decisivo, in base a quanto abbiamo or ora ricordato. Tuttavia anche in questo campo non è possibile essere eccessivamente semplicisti o negativisti.

Tenendo conto di quanto oggi sappiamo intorno ai rapporti tra infezioni focali e reumatismo, e di quanto abbiamo ricordato circa l'importanza di fattori immunitari nella patogenesi del reumatismo, dobbiamo riconoscere che, anche ammessa che fosse la natura streptococcica della malattia, un tentativo di riproduzione mediante la semplice iniezione endovenosa di streptococchi, è destinato a fallire allo scopo. Negare la natura streptococcica del reumatismo per il solo fatto che con l'introduzione endovenosa di streptococchi ad animali non se ne ottiene la riproduzione, ci sembra oggi ingiustificato. Se dobbiamo aspettarci una risposta dall'esperimento, ci sembra che esso deva essere disposto in modo da creare condizioni le più vicine possibili a quanto si suppone verificarsi in patologia umana. Sembra che questo punto di vista non sia stato sufficientemente tenuto presente. Le ricerche eseguite nel nostro laboratorio (Chini, Magrassi) tendono a dimostrare la consistenza di tali considerazioni, senza essere riuscite tuttavia a risolvere il problema; esse tuttavia vanno tenute presenti perchè costituiscono un passo in avanti verso la miglior conoscenza delle infezioni focali sperimentali. I risultati ottenuti possono essere sinteticamente espressi in poche parole: iniettando sottocute, o endomuscolo, o entro articolazione, una piccola quantità di streptococchi artrofili, si viene a creare una condizione morbosa avvicinabile, sotto certi punti di vista, ad un'infezione focale (1): in tal modo i germi inoculati possono vivere a lungo nel focolaio, possono da questo anche passare in circolo (però in questo caso le emoculture riescono positive soltanto nei primi giorni dall'istituzione del focus; successivamente risultano negative), possono portare ad uno stato di sensibilizzazione tissulare dell'animale (cutireazioni positive a distanza) e alla comparsa di piccola quantità di agglutinine in circolo. A distanza di qualche tempo possono comparire delle alterazioni istologiche diffuse a tutto l'organismo, che hanno i caratteri di una granulomatosi mesenchimale (Magrassi): nel miocardio, nei muscoli, nei tendini, nei tessuti valvolari del cuore, nei vasi (media e avventizia), ma

(1) Noi non abbiamo avuta per ora la possibilità di provocare sperimentalmente dei veri e propri foci infettivi streptococcici in denti precedentemente devitalizzati o nelle tonsille, condizione questa assai più vicina a quanto si verifica spontaneamente in patologia umana. Le nostre esperienze non hanno quindi la pretesa di aver provocato « una infezione focale », ma soltanto « una condizione simile ad un'infezione focale ». Ciò ha valore per i risultati ottenuti.

particolarmente nei tessuti sinoviali, si possono osservare infiltrazioni cellulari monocitarie, che circondano zone di degenerazione ialino-fibrinoide a carico della sostanza fondamentale del connettivo, o di degenerazione simil-cerea del tessuto muscolare, che hanno numerosi punti di contatto con le infiltrazioni reumatiche, e che in qualche caso si sovrappongono chiaramente alle descrizioni di Klinge. Si può parlare per lo meno di una specie di diffusa granulomatosi streptococcica: quindi, non lesioni banali settiche, ma granulomatosi mesenchimale.

Un tale quadro si è potuto osservare in un numero piuttosto ristretto di animali; con maggior frequenza invece, allorchè a qualche distanza di tempo dall'istituzione del focus, è stata praticata nello stesso animale un'iniezione endovenosa di materiale antigene streptococcico (streptococchi artrofili uccisi al calore) (Magrassi). In questi animali, vi era spiccata reattività cutanea, scarso tasso agglutinante del siero, le emoculture risultavano negative e sterili le lesioni articolari.

Le particolari condizioni sperimentali attuate in queste indagini suggeriscono la presa in considerazione, oltrechè del fattore focale-streptococcico, anche di una componente di natura allergica nella patogenesi del quadro istopatologico ottenuto; e ciò bene si adatta a moderne concezioni sulla natura del reumatismo (Swift, Klinge, Weil, Albertini, Grumbach) cui abbiamo già accennato. Ma il quadro così ottenuto non è un quadro strettamente specifico. Se è vero che esso non è stato riscontrato in animali portatori di focolai infettivi stafilococcici, nè con streptococchi uccisi, alterazioni di ugual tipo, anche se non altrettanto sistematicamente diffuse, sono state osservate praticando foci anche con streptococchi non artrofili (Chini) e con b. coli (Magrassi). Si può pensare che questi gruppi di esperienze abbiano tra loro a comune alcuni elementi: patogenesi focale e forse allergia, ma non si può parlare di stretta specificità. Noi possiamo per ora dire di essere riusciti ad ottenere in questo modo dei quadri istopatologici che possono presentare un'analogia con alcuni pseudoreumatismi, ma non identità assoluta con quello del reumatismo (Chini). Ma a questo proposito dobbiamo anche aggiungere che una delimitazione netta tra quello che è il vero reumatismo e quello che sono alcuni pseudoreumatismi, non ci sembra ancora possibile in maniera chiara e assoluta. Tutt'altro. Se consideriamo da vicino i lavori di Klinge e di Gräff che sono non solo tra i più moderni, ma anche tra i più completi al riguardo, sembra che non sia possibile farsi un'esatta idea di quelli che dovrebbero essere, sia dal punto di vista istologico, sia dal punto di vista clinico, gli esatti confini delle due forme. Tra l'altro si può osservare questo: secondo Gräff, le osservazioni istologiche di Klinge devono essere riferite a pseudoreumatismi (Frühinfiltraten di Klinge, ecc.), mentre le descrizioni cliniche che Klinge dà di alcuni dei suoi casi corrispondono a quelle del vero reumatismo; e tra i casi di vero reumatismo di Gräff (Reumatismus infectiosus specificus), cioè con lesioni istologiche specifiche (Primärinfekt dei tessuti tonsillari e peritonsillari, di Gräff), ve ne sono di quelli in cui la descrizione clinica depone a favore di uno pseudoreumatismo infettivo! E ancora Gräff aggiunge che spesso la differenziazione clinica delle due forme non riesce possibile: dunque, necessità di ricorrere per una diagnosi all'istologia patologica! I reperti istologici ottenuti nelle loro esperienze da Chini e da Magrassi sono stati riconosciuti dal Gräff (comunicazione personale) come espressione di una granulomatosi simil-reumatica da pseudoreumatismo streptococcico, per le quali forme il Gräff, anche in clinica, è indotto ad ammettere una patogenesi focale e allergica. Il problema dei confini tra reumatismo vero e alcune forme di pseudoreumatismi streptococcici di natura focale, sembra racchiudere oggi in sè gran parte del problema del reumatismo inteso in senso lato. A noi sembra che particolarmente intorno a questo problema vadano continuate e dirette le osservazioni cliniche e le indagini sperimentali (vedi al riguardo le belle recenti osservazioni di Ascoli e Serio sugli pseudoreumatismi), Per ora ci sembra possibile dire che dal punto di vista sperimentale si possono ottenere dei quadri di granulomatosi in parte simil-reumatica con l'uso di streptococchi, ricorrendo a particolari modalità di ricerca, e che dal punto di vista clinico è giustificata l'ammissione dell'esistenza di forme di reumatismo (in senso stretto, pseudoreumatismo) a eziologia streptococcica e a patogenesi focale e probabilmente allergica (Gräff). Da un punto di vista clinico l'importanza di queste forme dipende anche dalla loro frequenza: intanto, stando alle osservazioni di Gräff, dobbiamo anche dire che i casi di vero reumatismo (=Reumatismus infectiosus specificus di Gräff) non sembrano essere eccessivamente frequenti.

L'importanza di fattori di allergia nella patogenesi delle lesioni osservabili nelle granulomatosi streptococciche sperimentali, quali ora abbiamo ricordato, appare in maniera abbastanza chiara dalle ricerche di Magrassi: tuttavia è probabile che il significato preciso di questi fattori attenda migliori conoscenze; ricerche di Chini tendono a dimostrare che importanza in questo senso devono avere non solo sensibilizzazioni specifiche, ma anche, o almeno in parte, aspecifiche: così, alterazioni sinoviali (zone nodulari di degenerazione ialino-fibrinoide con circostanti reazioni cellulari esclusivamente monocitarie e istiocitarie) intervengono assai precocemente (1-2 giorni) in animali portatori di focolai da streptococchi artrofili, e precedentemente sottoposti a colo-

razione vitale con trypanblau; in animali, cioè, in cui sia stata attuata una attivazione aspecifica del sistema reticolo-istiocitario anche articolare. Terreno sperimentale questo pertanto oltremodo complicato e nel quale occorre procedere con grande prudenza.

Sommato tutto possiamo concludere che la *riproduzione sperimentale del reumatismo non è stata finora sicuramente ottenuta nè con l'uso di streptococchi nè con alcun altro mezzo.*

Un posto a sè merita il gruppo di ricerche eseguite dal De Vecchi e dalla sua Scuola. Con l'iniezione endovenosa di sangue di reumatici in atto (nei quali le emoculture erano risultate negative), De Vecchi ha ottenuto la riproduzione nel coniglio di formazioni nodulari miocardiche che l'A. italiano giudica molto simili a quelle del reumatismo: queste ricerche sono state successivamente estese da Gennari, Natali, Vanni, Mencarelli; e analoghi risultati sono stati ottenuti da Gennari anche con l'uso di filtrati di sangue di reumatici. Anche se le lesioni così ottenute corrispondessero pienamente a quelle reumatiche, il che non si può affermare con sicurezza (De Vecchi), la teoria streptococcica del reumatismo non verrebbe per questo definitivamente smontata, in quanto che dagli animali iniettati cn filtrati di sangue, Gennari è riuscito a coltivare degli streptococchi. Ciò pone il problema se non esista una fase filtrabile dello streptococco o di alcuni tipi di streptococchi. Le recenti ricerche di Rosenow corrispondono a un tal modo di vedere; in quanto anche l'A. americano è riuscito ad ottenere con l'uso di filtrati di streptococchi artrofili, delle artriti dalle quali era possibile coltivare streptococchi, e coi filtrati di essudati di tali artriti, coltivare ugualmente streptococchi artrofili.

Tuttavia va anche ricordato che le ricerche di De Vecchi non sono state confermate da altri autori (Gross, Loewe ed Eliasoph).

Un posto a parte meritano anche le ricerche condotte nel nostro laboratorio; ma i risultati ottenuti, per quanto a prima vista anche seducenti, non sono ancora tali da risolvere la questione; piuttosto ne rispecchiano alcuni aspetti (Chini). Il non comune accordo sull'essenza del quadro istologico del reumatismo vero umano costituisce ostacolo per una esatta e sicura comparazione con quanto a volte si ottiene sperimentalmente. A questo riguardo si deve anche ricordare che in queste ricerche sperimentali eseguite generalmente in conigli, un impedimento al risultato dell'esperienza è anche dato dal fatto che questi animali non presentano spontaneamente un quadro morboso analogo a quello del reumatismo umano (1). Nel loro insieme i nostri risultati sperimentali parlano a favore della riproduzione con streptococchi di quadri istopatologici riconducibili o avvicinabili a forme di pseudoreumatismi streptococcici ma non al reumatismo vero. *Nessuna esperienza documenta ancora in maniera assoluta la natura streptococcica del reumatismo.* (*Continua*).

(1) In questi ultimi anni LEVADITI e SELBIE hanno isolato dal topo uno streptobacillo agente del reumatismo poliarticolare infettivo spontaneo di questo animale. Analogo streptobacillo LEVADITI ha isolato dal sangue e dalle manifestazioni cutanee di un malato di eritema essudativo polimorfo. (Streptobacillus moniliformis). Con questo germe è riuscito a LEVADITI di riprodurre in animali poliartrite, miocarditi, endocarditi, iriti ed anche eritema nodoso! Sembra che l'agente rientri nel vasto gruppo degli streptococchi. Le lesioni istologiche non sembrano specifiche pel reumatismo. Questi reperti sono per ora rimasti isolati.

# NOTE E CONTRIBUTI

Ospedale Consorziale della Val di Nievole - Pescia.
SEZIONE MEDICA
diretta dal Prof. CORRADO SESTINI.

## La spirochetosi nei lavoratori della palude di Fucecchio.

Dott. G. ROMITI e C. SESTINI.

NOTA I.

Una comunicazione di Forleo e di Cantieri alla Accademia medica pistoiese « sulla probabile natura spirochetica » della forma morbosa osservabile quasi annualmente nei lavoratori del padule di Fucecchio ci obbliga a rompere il silenzio nel quale avevamo creduto conveniente rimanere in attesa che nostre ulteriori ricerche in proposito ci avessero permesso di meglio appurare qualche punto ancora non sufficientemente chiaro.

Uno di noi, il Romiti, già da molti anni esplicando la sua attività professionale in una zona limitrofa al padule di Fucecchio, aveva osservato come frequentemente nel periodo dei mesi caldi e specie negli anni di maggiore siccità, quando le acque del padule sono scarse e non mosse da alcuna corrente, si determinassero negli individui costretti a lavorare negli acquitrini del padule stesso, vere epidemie di una forma morbosa conosciuta localmente col nome di « febbri paduline ». Ed aveva inoltre osservato come tale malattia si verificasse in prevalenza nella zona dove le acque di rifiuto di Montecatini immettono nel padule e dove maggiore era il numero dei topi.

Osservò pure che la malattia non colpiva

coloro che pur abitando ai margini del padule non erano rimasti immersi nell'acqua o nel fango di esso e che l'avere superato l'affezione in parola induceva uno stato di immunità.

È superfluo dire che da tali accurate osservazioni scaturivano dati di fondamentale importanza per l'indirizzo delle ricerche dell'agente morboso e di conseguenza per il riconoscimento della malattia.

Già dall'esame dei numerosi casi diligentemente raccolti dal Romiti e di quelli insieme osservati e ricoverati in ospedale non ci fu difficile riconoscere in alcuni il quadro classico del morbo di Weil.

La malattia infatti ebbe, in questi, inizio brusco, tumultuoso con febbre sui 39-40, dolori diffusi, cefalea, nausea, vomito, lingua impaniata, polso frequente.

Il rene dette segni fin da principio di sofferenza: il fegato divenne dolente, ingrandito.

Dopo circa 3-6 giorni i fenomeni generali, febbre compresa, si attenuarono e comparvero ittero più o meno marcato, più accentuato ingrossamento del fegato, e pigmenti biliari nelle urine: talvolta manifestazioni di diatesi emorragica sotto forma di epistassi.

Trascorsi 4-5 giorni ancora, quando come in un caso osservato nell'agosto scorso non intervenne la morte, s'andò istaurando un deciso miglioramento con diminuizione dell'ittero, riduzione del volume del fegato e della milza, non sempre per altro ingrandita, e comunque in modico grado e verso il 12°-15° giorno lentamente, stentatamente si passò, nei casi favorevoli, alla convalescenza, ma di solito si ebbero una o più riprese febbrili per 7-10 giorni ad inizio non violento e senza che lo stato generale mostrasse di risentirne considerevolmente.

Il quadro clinico ora appena abbozzato nelle sue linee principali apparve però nella grandissima maggioranza dei casi assai diverso.

Pur avendo a comune quasi tutti l'inizio più o meno brusco con sintomi generali sopra ricordati più o meno gravi e completi, con ingrossamento del fegato e lesione renale più o meno accentuata, l'ittero e le manifestazioni emorragiche mancarono completamente. E si ebbero casi nei quali dominò una sindrome addominale con dolori vivi, difesa muscolare, vomito, lingua arida, impaniata; ed altri in cui tutto si ridusse a febbre, cefalea e mialgie.

Dopo un periodo vario oscillante fra 8-12 giorni s'iniziò una convalescenza sempre molto lunga e laboriosa. Residuò, e questo notammo indistintamente in molti casi, un senso di profonda stanchezza, una notevole ipotensione arteriosa da includere, insieme con gli altri sintomi rilevati, nel quadro delle sindromi addisoniane e iposurrenaliche da Frugoni, per primo, messe in evidenza nel morbo di Weil e sulle quali ampiamente ritorneremo in un nostro ulteriore lavoro.

Il rene rapidamente riacquistò la sua normale funzione, laddove essa era alterata; il fegato, quando si presentò ingrandito, tale rimase in qualche caso per oltre 25 giorni dall'ultimo rialzo termico.

Frequentemente notammo all'inizio della malattia una tumefazione delle ghiandole inguinali modica e fugace. Non rari i casi con spiccato risentimento meningeo a volte veramente imponente.

Come nei tipici casi di morbo di Weil si ebbero, sebbene con non molta frequenza, ricadute di solito ben sopportate dall'infermo.

L'esame del sangue eseguito, come le altre ricerche di laboratorio da uno di noi, il Sestini, fece riconoscere, nei rari casi gravi osservati, una diminuzione dell'emoglobina e dei globuli rossi e negli altri modificazioni non sicuramente apprezzabili. I leucociti neutrofili presentarono un aumento più o meno spiccato cui seguì una linfocitosi relativa. Talora si potè osservare qualche mielocito.

Gli strisci di sangue, tempestivamente allestiti e colorati col Maj-Grunwald-Giemsa o col Fontana-Tribondeau, come pure quelli con sedimento urinario per la ricerca di eventuali parassiti misero in evidenza, solo in qualche caso, la presenza dello spirochete di Inada e Ido e in un altro di uno spirochete sulla cui identità non credemmo poterci pronunciare.

Le siero-agglutinazioni per il tifo, paratifi, melitense e Bang che noi praticammo in ogni caso sapendo, dopo le ricerche di Frugoni, come il bacillo di Eberth e paratifo B possano sostenere un quadro simile al morbo di Weil, riuscirono costantemente negative.

Le iniezioni di sangue nel peritoneo delle cavie, prelevato nei primi giorni di malattia, così come l'iniezione del sedimento di urina ottenuto dopo lunga e ricambiata centrifugazione di una notevole quantità di questa, raccolta in periodo avanzato, condusse a morte, eccettuato un caso, gli animali divenuti intensamente itterici.

La necroscopia mostrò un quadro anatomopatologico classico con ittero universale, chiazze emorragiche diffuse specie ai reni e ai polmoni; ghiandole ingrossate e presenza di spirocheti ovunque, specialmente nel fegato dal quale furono facilmente coltivati in siero di coniglio diluito.

I risultati positivi delle prove biologiche non potevano evidentemente non darci l'assoluta certezza dell'etiologia dei casi da noi studiati e non indurci logicamente ad ammettere che da identica causa fossero sostenuti anche quelli nei quali non avevamo potuto eseguire ricerche di laboratorio, ma che in nulla si differenziavano dagli altri.

Doveva tuttavia esser tenuto presente che nel caso sopra citato, nel quale ittero e albuminuria erano assenti e il fegato leggermente ingrandito, gli strisci di sangue avevano fatto riconoscere la presenza di uno spirochete morfologicamente non identificabile con quello di Inada e Ido, e l'iniezione di sangue e di centrifugato di urina in peritoneo di cavia aveva dato esito negativo.

Pur tenendo conto che le cavie possono resistere all'infezione e che è possibile trovare forme atipiche di spirochete, innegabilmente la coincidenza del reperto di uno spirochete nel sangue non bene individuato con la negatività della prova biologica, sia con l'iniezione di sangue che col centrifugato di urina, dava ragione di sospettare che oltre a quello di Inada e Ido, qualche altra specie di spirochete potesse essere responsabile di alcuni casi di malattia.

Le ricerche di Uhlenhuth e Zuelzer, Zuelzer, e Buchnan, nonchè di molti altri autori, venivano a rafforzare questo nostro dubbio che per lo spengersi dell'epidemia e per ragioni indipendenti dalla nostra volontà non potemmo chiarire.

Per tanto al momento possiamo concludere:

nei lavoratori del padule di Fucecchio, ammalatisi delle così dette « febbri paduline » abbiamo isolato lo spirochete di Inada e Ido; non è da escludersi che altre specie di spirochete possano essere responsabili di qualche caso di malattia;

clinicamente accanto ai casi con quadro classico di morbo di Weil, non frequenti e raramente gravi, mortali, abbiamo osservato casi di media gravità e lievi senza ittero nè fatti di diatesi emorragica, talvolta anche senza sintomatologia nè epatica nè renale;

in taluni casi abbiamo osservato una sindrome iposurrenalica residuale (già segnalata da Frugoni nella spirochetosi ittero emorragica) non sempre in stretto rapporto con la durata e gravità della malattia.

RIASSUNTO.

Gli AA. descrivono sommariamente i quadri clinici osservati nei lavoratori del padule di Fucecchio, ammalatisi di una forma febbrile epidemica ad etiologia fin qui ignorata.

Affermano la natura spirochetica dei casi studiati, senza escludere che anche altre specie di spirocheti, oltre quello di Ido e Inada da loro isolato, possano essere responsabili della forma epidemica.

BIBLIOGRAFIA.

FORLEO. *Studio epidemiologico su certi casi di origine oscura che si verificano nei lavoratori del padule nella provincia di Pistoia.* Comunicazione Acc. Med. Pistoiese. Minerva Medica, n. 8, 1934.

CANTIERI. *Sulla probabile origine spirochetica dei casi di febbre a tipo epidemico che si verificano nei lavoratori del padule della provincia di Pistoia.* Communicazione Acc. Med. Pistoiese. Minerva Medica, n. 8, 1934.

FRUGONI e CANNATA. Lo sperimentale, 1916.

FRUGONI, GARDENGHI, ANCONA. Ibid., 1916.

FRUGONI e CAPPELLANI. Ibid., 1917.

UNLENHUTH e ZUELZER. Cent. f. Bakt. 11ª Abt. Orig., 1921; Klin. Woch., 1922.

ZUELZER. Ibid., 1922-1923.

BUCHNAN. Brit. med., J., 1924.

# OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA
SALA S. CARLO GENGA

Prim. medico: Prof. dott. TOMMASO LUCHERINI

## Polinevrite da B-avitaminosi con fistola gastro-digiuno-colica

per il dott. RODOLFO PRIMANGELI, assistente.

Le avitaminosi costituiscono un gruppo di malattie da carenza legate alla scomparsa o diminuzione del coefficiente vitaminico nella alimentazione. La esistenza di queste sostanze, la cui natura chimica non è definita, fu dedotta dai relativi quadri patologici che si sviluppavano qualora per ragioni economiche e sociali si teneva l'organismo a un regime alimentare carenzato. Fu così che Eikmann nel 1897 cercò di riprodurre sperimentalmente nei polli alimentati con riso brillato il quadro della polinevrite beri-berica, ottenendo un quadro simile ch'egli chiamò: polinevrite dei gallinacei. Da allora si potè vedere come dando riso brillato all'uomo si mitigasse e guarisse il beri-beri. Le proprietà di questa vitamina antiberi-berica non sono ancora ben note. Si sa soltanto che è contenuta nel pericarpo del riso e di altri cereali, negli erbaggi, che è idrosolubile e termostabile. Il suo meccanismo d'azione non è ben conosciuto. La patologia sperimentale nei piccioni e nei ratti ha dimostrato una serie di effetti legati alla scomparsa del regime alimentare di detta vitamina: alterazione delle secrezioni digestive, riduzione del consumo di ossigeno e della eli-

minazione di $CO_2$, ipotermia. Ultimamente Funk è riuscito ad isolare dalla crusca del riso una sostanza quasi priva di fosforo, la quale iniettata in dosi minime è capace di fare scomparire le manifestazioni polinevritiche nei colombi. Analogamente Suzuki ha estratto dalla crusca del riso l'orizamina (Frontali). Il quadro della B-avitamitosi può svilupparsi sempre che esista una diminuzione della vitamina B nella razione alimentare. Quindi come essa si sviluppava nei popoli asiatici prevalendo in questi l'alimentazione col riso brillato, così si è vista svilupparsi in Germania e in Austria durante la guerra per alimentazione unilaterale; parimenti nelle convalescenze da malattie infettive, nella alimentazione dei tifosi, nel trattamento dietetico di alcune malattie organiche dell'apparecchio gastro-enterico (ulcera gastrica), quando si tiene l'organismo per un lungo periodo ad una alimentazione lattea e con idro-carbonati, può insorgere la B-avitaminosi o come forma clinica completa o frusta.

Mi accingo pertanto a descrivere e fare delle considerazioni intorno a un caso capitato sotto la nostra osservazione nel quale l'insorgenza era da attribuirsi all'esistenza di una fistola gastro-digiuno colica che impedendo il passaggio dell'alimento dallo stomaco, nel tenue, deviandolo invece direttamente quasi tutto nel crasso, faceva sì che il soggetto si venisse a trovare nelle condizioni assolute di ipoalimentazione.

CASO CLINICO. — M. R., anni 24, autista, proveniente da Tivoli. Anamnesi famigliare: genitori viventi e sani. Nessun precedente degno di nota. Anamnesi personale: paziente nato a termine, nega comuni esantemi infantili; modico bevitore e fumatore; nega lues e altre malattie veneree, nessuna malattia degna di nota per il passato: il paziente ha accudito sempre fino al 1928 alle sue abituali occupazioni senza accusare alcun disturbo. Nel 1928 (aprile): crisi dolorose epigastriche che esordivano mezz'ora-un'ora dopo i pasti con vomito alimentare mai color fondo di caffè, mai melena, senso di pirosi e acidità, modica diarrea. Dette crisi dolorose si protraevano per circa due mesi poi rimettevano e di nuovo si ripresentavano con gli stessi caratteri. Nel 1930 essendosi detti disturbi manifestati più gravi e frequenti dei precedenti (notevole dimagrimento del paziente) questi si decise a entrare in Ospedale ove essendo stata fatta diagnosi di ulcera gastrica, si procedette a un intervento chirurgico (gastro-enterostomia), dopo detto intervento il paziente stette in buone condizioni crescendo di peso. Detto stato di benessere perdurò fino all'aprile u. s. 1933: da allora senso di peso all'epigastrio, acidità, vomito a tre quattr'ore di distanza dal pasto (residui alimentari indigeriti di pasti precedenti). Alvo stitico. Astenia. Nel novembre u. s. il p. ha notato che accanto ai disturbi suindicati erano comparsi: dolenzia all'estremità accompagnati con tumefazione edematosa e tachicardia.

All'esame obbiettivo che viene praticato nel giorno dell'ingresso in reparto (11-X-1933): condizioni generali piuttosto gravi, sensorio integro, decubito indifferente, cute pallida e edematosa: l'edema è diffusa per tutto il corpo specie al viso, palpebre parti declivi. Masse muscolari ipotoniche, nulla a carico del sistema osteo-articolare, qualche ghiandola nelle comuni stazioni. Lingua detersa umida, faringe arrossato.

Torace ben conformato simmetrico espandibile. F. V. T. trasmesso debolmente in ambedue gli emitoraci specie alle basi: Apice: altezza. Ipofonesi bilaterale nelle sopradette regioni con diminuzione del murmure, non rumore di sfregamento.

Cuore: l'icto è visibile e palpabile al quinto spazio sull'emiclaveare, aia cardiaca nei limiti, primo tono impuro seguito da dolce soffio sistolico. Secondo tono netto alle basi. Polso frequente molle ritmico.

Addome: trattabile, indolente, cicatrice ombelicale spianata, non movimenti peristaltici nè reticolo venoso, cicatrice laparatomica xifo-ombelicale. Non segno del fiotto, lieve ottusità spostabile nelle parti declivi.

Fegato: VI spazio sulla emiclaveare, in basso all'arco, milza nei limiti.

Sistema nervoso: pupille reagenti alla luce, convergenza e accomodazione. Rotulei: presenti ma torbidi. Non dolenti i tronchi nervosi sui punti di Valleix. Dolenzia ai polpacci, l'infermo cammina senza presentare alcun carattere speciale ma dice di stancarsi presto dopo pochi passi.

Ricerche eseguite: peso del corpo Kg. 59, determinazione delle urine nelle ventiquattro ore: la quantità di urina emessa *pro-die* si aggirò intorno ai 600 cmc. con peso specifico: = a 1020-25. Albumina, zucchero, acetone: assenti; fosfati: normali; urea: 17,50 per mille; cloruri 18 per mille; sedimento: qualche rara emazia, cellule delle basse vie urinarie numerosi urati amorfi.

Azotemia: gr. 0,43 per mille; cloruremia: gr. 5,26 per mille.

Calcemia mmg. 94 per mille. Reazione Wassermann: negativa; pressione arteriosa: 100/60.

Emorragie latenti, presenti nelle feci.

Puntura esplorativa, si estraggono dall'emitorace destro 20 cmc. di liquido citrino limpido con peso specifico 1010, albumina 10 per mille; Lucherini negativa, sedimento qualche cellula endoteliale.

Esame radiologico: Nulla a carico del torace. Esame radioscopico dell'addome.

Si compie lo studio del tubo digerente col mezzo di contrasto prima col piccolo riempimento, poi colla somministrazione della quantità ordinaria di latte al bario. I dati più importanti desunti da detto esame, sono i seguenti:

1) Lo stomaco è situato trasversalmente, con destroposizione dell'antro. A circa metà della grande curva appare l'anastomosi col digiuno. Il vecchio piloro non è permeabile al bario.

2) L'ansa digiunale efferente, che nel suo primo tratto appare sottile (come una matita) e senza plice, si dilata a circa 3 cm. dal neostoma, in una sacca della grandezza di un piccolo mandarino, a contorni regolari, opacità omogenea, modicamente dolente alla palpazione, poco mobile. Di essa non è possibile mettere in evidenza la struttura con

nessun artificio di tecnica (compressione dosata, piccolo riempimento, ecc.).

3) Da tale sacca si diparte da un lato, verso sinistra e in basso il nastro a strie parallele, alternate chiaro-scure (valvole conniventi), indice della comunicazione col resto del digiuno normale. Più tardi (dopo circa 15 minuti dall'inizio dell'esame) in seguito a manovre palpatorie, si distacca, dall'altro lato della dilatazione digiunale, un altro nastro ben più ampio del precedente, che con andamento verso destra e trasversalmente, raggiunge la regione dove si trova, di regola, l'angolo epatico del colon, per ivi flettersi e seguire in seguito (dopo un'ora) il decorso dell'ascendente.

La struttura di tale immagine non è uniforme, ma costituita da piccole ombre a diversa opacità dovute alla presenza di gas, feci e bario in piccola quantità, tali da assumere nell'insieme una immagine a spugna. Dal contrasto di tali ombre, quelle del bario acquistano una intensa e caratteristica lucentezza, che spicca su tutte le altre ombre localizzate negli altri tratti dell'intestino (digiuno, ileo). Per la sede, per la grandezza e per il modo di progredire, pur non presentandone l'aspetto abituale (austre), si riporta tale immagine a quella del colon modicamente dilatato (metà destra del trasverso e ascendente), iniettato però a ritroso.

4) Seguendo il comportamento delle rimanenti sezioni intestinali, dopo un'ora e mezzo dalla somministrazione del pasto opaco, le anse ileali appaiono dilatate a palla (ricordano nell'insieme un sacco di noci).

In corrispondenza di esse, nei radiogrammi in piedi, si notano livelli liquidi mobilissimi.

5) Solo alla quarta ora dall'inizio dello studio è visibile la metà sinistra del colon trasverso e il discendente. La loro immagine pertanto si aggiunge al quadro sopra descritto.

6) Alla ottava ora, tutto il tubo digerente, dallo stomaco (che contiene circa un terzo del pasto) al retto, è contemporaneamente iniettato, e nella maggior parte di esso dilatato (digiuno, ileo, cieco, colon ascendente e parte del trasverso).

Il colon persiste ad avere l'immagine a spugna su descritta in tutta la mtà destra del trasverso e dell'ascendente, delineandosi le austre solo nel rimanente. A dividere le due immagini del colon esiste ancora evidente la sacca digiunale.

7) Dopo 24 ore si nota presenza di bario nel cieco e nella metà destra del trasverso. L'immagine di tali tratti si è normalizzata (presenza di austre), segno che il riempimento si effettua per via normale dall'ileo: l'arresto del bario nel trasverso, corrisponde alla sede del neostoma, ormai non più visibile. Con nessuna manovra si riesce a far progredire il bario, se non in piccola quantità, ed il quadro stenotico che ne deriva, rimane immodificato. Solo dopo parecchie ore il bario riprende il suo cammino lento e saltuario. Il terzo giorno dall'inizio dell'esame, non vi è più traccia di bario nell'addome, all'infuori di una doppia immagine anulare concentrica, della grandezza di due soldi, interrotta nella sua parte mediale, ove si nota un'altra piccola ombra, più intensamente opaca, grande quanto una testa di spillo. Tale residuo di bario resta immodificato per più giorni nella sua forma e nella sua sede (si proietta due dita trasverse al disopra della cresta iliaca destra.

8) L'esame col clisma opaco (si iniettano complessivamente 1500 cc.; di sospensione di bario, a pressione aumentante) mostra che il mezzo di contrasto arriva senza difficoltà al 1/3 sinistro del trasverso. A tal punto il bario si arresta. Il p. vi accusa forte dolore, che si accentua con le manovre palpatorie e con l'aumentare della pressione, con cui si cerca di vincere l'ostacolo al passaggio del bario.

Le più diverse posizioni fatte assumere dal p., non esclusa quella supina, con bacino fortemente sollevato sul piano del trocoscopio, non modificano il quadro. In nessun modo si riesce ad iniettare lo stomaco ed il digiuno col clisma. Pertanto questo agli effetti della diagnosi di fistola digiuno colica, non ci ha fornito alcun dato utile, contrariamente a quanto ha fatto il pasto opaco.

Radiografia della colonna lombo-sacrale e femore. Ginocchio (bilateralmente): reperto negativo.

Il quesito che ci si poneva davanti a questo p. era scindibile in due parti:

1) a quale causa riferire i disturbi: dolore, vomito, la lieve diarrea che il p. accusava da circa cinque mesi;

2) a quale causa riferire gli edemi e l'intenso grado di astenia accusata.

Per la prima parte: l'anamnesi, i caratteri dei dolori, il vomito alimentare con parti indigerite, le lievi tracce di sangue riscontrate nelle feci, la lienteria: erano elementi sufficienti per far pensare che al livello dell'ansa anastomotica si fosse verificata un'ulcera e in seguito una fistola digiuno-colica. Questo era confermato dal reperto di fibre muscolari indigerite nelle feci e dall'esame radiologico.

Per la seconda parte del quesito bisognava dimostrare quale rapporto avesse l'anasarca col disturbo di canalizzazione presentata a carico dell'apparecchio gastro-enterico.

Per la risoluzione di questa seconda parte, sapendo quali possono essere i tipi di edema: renale-meccanico-discrasico-epatico (nel senso della moderna funzione regolatrice dell'acqua da parte del fegato) cercammo di valutare la eventuale esistenza delle condizioni necessarie per lo sviluppo di ciascuno di essi. Non poteva trattarsi di edema renale per esser normale l'esame delle urine e il comportamento della azotemia, cloruremia, e della pressione. Non poteva trattarsi di edema meccanico in quanto mancavano le cause cardiovascolari, e neppure un edema epatico non essendovi segni di alterata funzione di quest'organo. Rimaneva soltanto per esclusione la natura discrasica dell'edema sviluppatosi in un soggetto che aveva vomitato per mesi senza quasi potersi alimentare, e portatore di una f. g. digiuno-colica.

Con la diagnosi di probabile f. g. digiuno-colica viene inviato al chirurgo il quale interviene al 1° novembre 1933.

Descrizione dell'intervento chirurgico (operatore: prof. Egidi).

Anestesia locale con novocaina. Moderate aderenze omentali della cicatrice addominale la prima porzione dell'ansa digiunale efferente e aderente al mesocolon e giunge in vicinanza del colon. L'anastomosi è pervia. A due dita si sente indistintamente vicino ad essi un ispessimento che si attribuisce all'ulcera. Nella regione pilorica: ispessimento probabilmente dovuto alla malattia precedente. L'esplorazione richiede la dissezione del colon dal digiuno. Durante questa i visceri vengono aperti, l'apertura fa comunicare con l'esterno da una parte il colon e dall'altra parte il digiuno. L'apertura fa vedere la faccia opposta dei visceri che sono ancora colon e digiuno. Ciò riconosciuto si decide di resecare i visceri malati nei seguenti tempi:

isolamento dello stomaco ad eccezione del tratto di parete posteriore contigua all'anastomosi;
isolamento del colon dal digiuno;
sezione del duodeno e chiusura;
sezione del colon trasverso;
sezione del digiuno;
riunione capo a capo del digiuno;
completamento della sezione gastrica (la sutura digiuno-digiunale corrisponde alla sutura gastrica);
riunione del colon capo a capo.

Il malato dopo l'intervento operativo (a 15 giorni di distanza) torna nel nostro reparto; non ha più vomito e sopporta bene qualsiasi tipo di alimentazione, gli edemi sono quasi interamente scomparsi ma a modifica del quadro prima presentato si rinvengono i seguenti fatti:

Status (15-XI-1933), p. giace a letto in decupito prevalentemente supino. Oculomozione normale, assenza di emeralopia. Pupille isocoriche reagenti alla luce, convergenza e accomodazione, nessun deficit a carico dei nervi cranici. Non tremori nè deviazioni della lingua protrusa. Arti superiori: normale la motività attiva e passiva; arti inferiori: il p. a malapena appoggianosi con le mani riesce a sollevare gli arti dal piano del letto. Diminuzione notevolissima della forza muscolare specie a destra. Portati con difficoltà gli arti in alto il destro cade prima del sinistro. Motilità passiva: senso di flaccidità a carico di entrambi gli arti con atrofia. Dolenzia dei punti di emergenza dei tronchi nervosi (crurale e sciatico). Modica dolenzia dei polpacci. Lasègue bilaterale. Causa la paresi non si riesce a stabilire la eventuale esistenza di atassia statica e dinamica. Riflessi osteo-tendinei: presenti e vivaci da ambo i lati a carico degli arti superiori; arti inferiori: rotulei e achillei assenti. Nella manovra di provocazione del rotuleo alle volte si apprezza una contrazione spontanea che non ha a che fare col riflesso (miochimia) non Babinski; riflessi cutanei: addominali e cremasterici deboli. Assenza di disturbi a carico dello sfintere anale e rettale. Lieve diminuzione della libido.

Deambulazione: il p. non riesce a sorreggersi. Messo a sedere gli arti inferiori appaiono rilasciati coi piedi in equino-varismo.

Sensibilità superficiale: lieve anestesia tattile in corrispondenza della regione antero-laterale delle gambe. Normale la s. termica dolorifica.

Sensibilità profonda normale.

Esame psichico normale.

Fundus oculi: normale.

Esame elettro-diagnostico:

Arti superiori: aumento dell'eccitabilità galvanica sui punti di Erb e sui nervi e muscoli degli arti superiori.

Arti inferiori: abolizione dell'eccitabilità galvanica sul quadricipite di destra e sinistra; notevolissima diminuzione sugli altri muscoli, ove la contrazione è assai torpica. Non R. D.

Esame del liquore c. r.: si estraggono 10 cmc. di liquor limpido a pressione 30 (Claude) in posizione seduta, incolore, senza reticolo. Nonne, Pandy, Takata: normale. Albumina 0,20 per mille; sedimento: rarissimi linfociti. R. Wasermann: negativa.

Benzoino e mastice: curve normali.

Il decorso clinico, il modo di presentarsi della malattia, la paraplegia flaccida, l'assenza dei riflessi, qualche vago dolore lungo i tronchi nervosi, la ipoestesia nella regione antero-laterale della gamba, facevano pensare al quadro di una polinevrite sviluppatasi in modo subacuto con lesione prevalente dei nervi motori. L'esame elettrodiagnostico chiariva e confermava l'ipotesi clinica. Ammessa una polinevrite, questa doveva esser valutata nella sua causa: qui non vi erano fattori evidenti tossici, esogeni o endogeni nè infettivi nè medicamentosi. Si poneva il quesito se la stessa causa che aveva indotto gli edemi in un primo tempo non avesse anche prodotto l'affezione nevritica. Orbene tra le malattie da carenza quella che comprende l'insieme di fatti clinici da noi osservati era la polinevrite da B-avitaminosi o beri-beri caratterizzato dalla seguente triade sintomatica: edema, disturbi cardiovascolari, disturbi nervosi.

La diagnosi differenziale di questa malattia s'imponeva: dalle nefropatie - dalle cardiopatie - dalle nevropatie. Per le prime noi vedemmo come l'edema non potesse essere d'origine renale; per le seconde non vi erano alterazioni obbiettive del cuore, mentre invece le crisi di tachicardia con polso ipoteso presentate dal p. rientrano nel quadro clinico del beri-beri; per le ultime: manca qualsiasi segno clinico per poterla confondere con malattie di altro genere del sistema nervoso periferico e del sistema nervoso centrale.

La prognosi: avendo ammessa una malattia da carenza fu sottoposta all'intensità e alla precocità della cura.

Nel nostro caso questa fu precoce; eliminato l'ostacolo alla alimentazione con l'intervento chirurgico e data per bocca la vitamina B sottoforma di lievito di birra, abbiamo avuto un netto miglioramento. A chiarire le migliorate condizioni del p. valga il seguente status:

Migliorate condizioni generali e dell'ematosi. Non edemi in alcun distretto del corpo. Nulla di particolare a carico degli arti superiori sia dal punto di vista del trofismo muscolare del tono della motilità e della sensibilità. A carico degli arti inferiori; modico grado di ipotrofia prevalente a destra. Gli arti inferiori non hanno particolare atteggiamento. Movimenti attivi sono discreti (riesce da solo ad alzare gli arti dal piano del letto e a mantenerli per breve tempo). Modico grado di ipotonia. I riflessi rotulei non sono provocabili e così pure gli achillei. Presenti gli addominali cremasterici. Non Babinski. Nessun disturbo a carico della sensibilità superficiale e profonda, lieve grado di atassia statica e dinamica. Deambulazione: il p. riesce a camminare lentamente a piccoli passi strisciando i piedi e qualche volta perdendo l'equilibrio. Esame elettrodiagnostico: l'eccitabilità galvanica è leggermente inferiore a destra che non a sinistra; sul quadricipide tibiali estensore e peronei: la contrazione a destra è torpida mentre a sinistra è pronta. Non reazione degenerativa.

Rivisto il malato il 1-II-1934 le condizioni generali sono notevolmente migliorate: il p. riesce a camminare da solo anche senza l'appoggio del bastone. Però si stanca con una certa facilità. L'esame neurologico dimostra a differenza della volta precedente: diminuito lo stato di ipotrofia degli arti inferiori che il paziente solleva bene dal piano del letto. La forza muscolare è aumentata da entrambi i lati. I riflessi rotulei, benchè deboli si riescono a provocare. La sensibilità superficiale e profonda appare normale. Esame elettrodiagnostico: in corrispondenza degli arti inferiori l'eccitabilità galvanica è leggermente inferiore a destra che una a sinistra, ma aumentata nei riguardi degli esami precedenti.

Data dell'uscita: 5-II-1934: il p. esce in condizioni migliorate col quadro suindicato. Rivisto dopo due mesi dell'uscita dall'ospedale, il miglioramento è ancora più sensibile.

Le ragioni che mi hanno spinto a rendere noto questa osservazione clinica sono:

1) Per le circostanze nelle quali i fatti clinici si sono verificati: la fistola gastro-digiuno colica ha messo il p. nelle condizioni di ipo-alimentazione (diarrea con fibre muscolari indigerite) occasionando così la sviluppo dell'edema e in un secondo tempo della polinevrite (sindrome da B-avitaminosi). La conoscenza dei disturbi gastro-enterici che la mancanza della vitamina B. nella dieta produce negli animali risulta dall'esperienza di Plumer e Messer (v. *Lezioni cliniche*: Mingazzini): « il tono gastrico in un animale posto a regime alimentare artificiale si mantiene in condizioni soddisfacenti se in quel regime s'introduce una certa quantità di vitamina B., e da osservazioni radiologiche fatte sull'uomo tenuto in circostanze simili (rallentamento della peristalsi gastrica e dell'intestino); detto quadro si ha nella forma clinica del beri-beri. Mac. Carrison ha stabilito un rapporto tra B. avitaminosi e patogenesi dell'ulcera gastrica (riproduzione sperimentale dell'ulcera delle scimmie tenute a dieta povera di vitamina B.). L'assenza della vitamina B. nel regime alimentare induce delle alterazioni del sistema nervoso-vegetativo caratterizzate da un'ipotonia del simpatico; tutto ciò induce delle modificazioni nelle secrezioni digestive. Ricercare un nesso causale tra B. avitaminosi e ulcera gastrica sarebbe nel nostro caso puramente illogico dato che la fistola g. di colica ha causato la ipo-alimentazione e quindi la sindrome a essa legata. Ciò infatti resta stabilito dalla successione cronologica dei fatti.

2) Per il valore che le vitamine hanno nell'alimentazione dell'individuo sano e malato. Deve essere presente sempre una determinata quantità di vitamine A. B. C. D. nella alimentazione (v. tabella del Lorenzini: *Lezioni sull'alimentazione*); i disturbi da ipo- e avitaminosi insorgono non soltanto nei lattanti quando il latte artificiale non viene reintegrato con vitamine ma anche nell'adulto quando è sottoposto a regime alimentare (vitto antinefritico, alimentazione lattea e farinacei dell'ulcera gastrica, alimentazione dei tifosi). In questi non si ha delle volte la netta sindrome beri-berica ma un complesso di disturbi gastro-intestinali (vomiti e in ispecie diarrea), nervosi, della crasi sanguigna (anemia) che scompaiono con l'alimentazione ricca di vitamina (forme fruste di avitaminosi).

## RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di polinevrite da B. avitaminosi originato da una fistola gastro-digiuno-colica e accenna all'eventuale sviluppo di sindromi a- e ipo-avitaminotiche complete o fruste nel lattante alimentato con latte artificiale, nei regimi carenzati a scopo terapeutico. Mette in evidenza gli effetti della cura specifica con vitamina B nel caso descritto.

## BIBLIOGRAFIA.

FRONTALI. *Le avitaminosi.* Trattato di patologia medica: Ceconi.

FAGNANO. *Le fistole digiuno-coliche*, illustrazione radiologica del caso descritto nella presente pubblicazione. Riv. Osp., 1934.

LORENZINI. Lezioni sull'alimentazione. Casa Editrice Bocca, 1933.

MINGAZZINI. *Rapporti fra vitamine e sistema nervoso.* Lezioni cliniche. Istituto Biochimico Italiano.

# TECNICA CHIRURGICA

OSPEDALE MANDAMENTALE DI VIADANA.

## A proposito di provvedimenti chirurgici contro le emorragie gastriche post-operatorie.

Semplicemente per confermare i vantaggi dell'allacciatura delle coronarie gastriche mi permetto fare seguito a quanto autorevolmente afferma il prof. Dalla Rosa nella Sezione Pratica de *Il Policlinico*, n. 29, pag. 1132, luglio 1934.

Trattasi precisamente di uno di quegli accorgimenti operativi suggeriti dalla pratica e spesso derivanti da necessità manifestatesi in precedenti contingenze.

Così come possono attestare i miei precedenti assistenti: dott. Nolli e prof. Cevario e gli attuali: dott. Sanfelici e Tirelli, è mia costante abitudine, ormai, praticare l'allacciatura delle coronarie gastriche in ogni intervento gastrico. Questo semplicissimo espediente non solo esclude pressochè constantemente le emorragie e riduce i vomiti, come giustamente asserisce il prof. Dalla Rosa, ma dà anche netta l'impressione che le sofferenze post-operatorie da parte del malato siano grandemente ridotte. Non è raro, infatti, sentire dichiarare dagli operati, dopo l'intervento, che le molestie che essi provano sono affatto insignificanti. Ciò che, a mio parere, va attribuito non solo alla decongestione dello stomaco ma, sopratutto, all'interruzione di numerose vie nervose.

Da molti anni mi attengo a questa semplice tecnica complementare, che dovetti praticare prima per necessità contingenti e poi gradatamente resi elettiva, avendone constatati i sicuri e preziosi vantaggi.

Luglio, 1934.

Prof. V. LUCCARELLI.



# SUNTI E RASSEGNE

## TISIOLOGIA.

### Linfo-adeniti tubercolari.

(A. STRASFER. *Archivio di Medicina e Chirurgia*, aprile 1934).

La linfoadenite tbc. è una delle forme più diffuse di tubercolosi extra-polmonare delle quali costituisce il 10 %.

Riguardo all'età della insorgenza, nei tre quarti dei casi è fra i 10 e i 30 anni e in più della metà fra i 10 e i 20. Non vi è differenza notevole di frequenza nei due sessi.

L'esame anatomo-patologico delle ghiandole malate non svela lesioni che differiscono di molto dalle solite da bacillo di Koch.

Dopo una prima fase di turgore iperemico si ha la formazione di tubercoli minuti o di uno o alcuni focolai di proliferazione con indurimenti: anche le forme possono passare alla caseosi con fistolizzazione o alla fibrosi con eventuale calcificazione.

Microscopicamente va distinta una forma a tipo ematogeno con tubercoli tipici ed una forma a tipo linfogeno con segni di iperplasia cellulare diffusa. Quando avviene rapida caseificazione si notano, oltre la massa omogenea, abbondanti tubercoli linfoidi e cellule giganti; nelle fibrosi invece si ha iperplasia cellulare con formazione di cordoni di cellule fusiformi e rare cellule epitelioidi e giganti.

Per lo studio delle linfoadeniti tubercolari vanno prese in considerazione le ghiandole del collo, del mediastino, delle ascelle e degli inguini.

Vi è una rete linfatica che mette in comunicazione da una parte i tegumenti e le mucose della testa col mediastino e dall'altra le regioni cervicali e ascellari con la superficie pleurica.

Le ghiandole linfatiche inguinali corrispondono all'arto inferiore e ai genitali esterni. Interessante è lo studio della patogenesi delle linfoadeniti cervicali. Se la maggior parte degli Autori propugna la origine extra-polmonare delle linfoadeniti cervicali e considerano localizzazioni primitive, linfogene, non può tuttavia escludersi l'origine ematogena quando in un malato con qualche lesione specifica, insorge una linfoadenite di una o poche ghiandole.

Importante è la questione immunitaria in rapporto con le linfoadeniti tubercolari. È noto che i linfoadenitici sono particolarmente refrattari di fronte alle forme gravi tubercolari polmonari, meningee e bacillemiche, fatto che può essere interpretato come una immunità acquisita per la tbc.

Le linfoadeniti tubercolari hanno un posto particolare nel quadro della tubercolosi: rappresentano una fase di propagazione linfatica del bacillo di Koch in un individuo che espli-

ca una buona difesa immunitaria contro il bacillo di Koch.

Le linfoadeniti ascellari e inguinali sono poco frequenti. Quelle cervicali sono la maggioranza e si suddividono in unilaterali e bilaterali, mono- e plurighiandolari. È raro però che la lesione sia assolutamente unilaterale e monoghiandolare, anzi la localizzazione plurighiandolare è un sintomo della linfoadenite tubercolare.

Si distinguono a seconda della sede: linfoadenite della regione sottomentoniera, sottomascellare, carotidea, sopraclavicolare, retroauricolare.

Le ghiandole malate conferiscono e aderiscono fra di loro e formano delle grosse tumefazioni che occupano una o più regioni. Clinicamente le linfadoeniti tubercolari sono tumefazioni variabilissime per volume a contorni rotondeggianti, indolenti di consistenza varia e con scarsa reazione del connettivo circostante. Le singole tumefazioni conservano un certo grado di mobilità, maggiore nelle forme superficiali.

La distinzione di forme fistolizzate e non, è in rapporto a un dato momento della malattia, poichè la fistola è ritenuta ancora oggi un sintomo quasi costante delle lesioni tubercolari.

Scarsi sono i sintomi generali e possono consistere in deperimento, astenia, modica febbre.

Il decorso è lento e molto prolungato per anni e decenni si possono distinguere tre periodi: il primo di accrescimento e rammollimento delle ghiandole e di scissione dei tegumenti; il secondo di permanenza delle ghiandole nel volume acquistato e di persistenza delle fistole; il terzo di indurimento delle tumefazioni e di cicatrizzazione della fistola.

Questo decorso può essere turbato da complicazioni consistenti in infezioni locali che si manifestano col rapido ingrossamento delle ghiandole, dolore e febbre.

Degne di ricordo sono le linfoadeniti tubercolari che si sviluppano in pazienti con lues congenita o acquisita. Il decorso è ancora più lungo e le lesioni sono ribelli alle solite cure. Più ampie sono le lesioni della pelle e le ulcere hanno fondo lardaceo.

I malati migliorano sotto la influenza delle cure antisifilitiche associate alla elioterapia. La linfoadenite tubercolare è rara nei bambini piccoli o ne assume un decorso mite con rapide guarigioni. In questa età è invece frequente lo scrofoloderma. Nei vecchi invece è noto il linfoma tubercolare di volume notevole con pareti tese e dure, a contenuto caseoso. Queste tumefazioni producono fenomeni di compressione degli organi del collo. La prognosi e tutt'altro che buona.

Facile è la diagnosi delle linfoadeniti tubercolari. Si dà importanza alla presenza di infezioni tubercolari nella famiglia e ad alcune malattie pregresse come le angine, le forme catarrali delle vie respiratorie e sopratutto la pleurite. Si ricercano gli eventuali reperti obiettivi e radiologici di esiti di tbc. pleuropolmonare e osteo articolare e si pratica la cutireazione e la prova biologica.

Riguardo alla diagnosi differenziale questa dovrà farsi con le forme luetiche e la linfogranulomatosi. Gioverà all'uopo ricordare che la sifilide secondaria produce una panadenite con ghiandole dure, di modico volume e che regrediscono in 6-12 mesi; la lue terziaria poi, di rado si localizza nelle ghiandole linfatiche. La linfogranulomatosi infine è caratterizzata dall'accrescimento a tappe delle ghiandole che sono dolenti e sempre dure; vi sono contemporaneamente deperimento ed anemia con speciali disturbi nervosi.

Il controllo radiologico dei malati di linfoadenite, mette in luce di frequente una coincidenza delle lesioni linfoadenitiche cervicali ed ascellari, con adenopatie mediastiche specie dell'ilo dello stesso lato.

La prognosi *quoad vitam* è buona, meno buona nei riguardi della guarigione clinica, per le frequenti ricadute.

La cura conviene sia fatta precocemente in Istituti marini adatti. Tre sono le specie di cure che si praticano: fisiche, mediche e chirurgiche. Noti sono i benefici effetti della elioterapia e dei raggi ultravioletti; anche i raggi Röntgen vengono adoperati nei casi ribelli con risultati abbastanza buoni. I medicamenti usati per la cura interna sono quelli adoperati in tutte le forme di tubercolosi extrapolmonare.

La cura chirurgica comprende: le punture evacuative indicate quando vi è fluttuazione con minaccia di fistolizzazione; il drenaggio e il raschiamento che non danno vantaggio evidente; la asportazione delle ghiandole che è indicata solo quando dopo tentativi infruttuosi con le cure ordinarie si hanno fenomeni di compressione.

L'intervento radicale è contrindicato nella età infantile, casi con fistole e in quelli con diffuse aderenze. VICENTINI.

## Tubercolosi e funzione tiroidea.

(O. SCHEDTLER. *Zeitschr. f. Tuberk.*, v. 70, febbraio, 1934).

La multiformità del decorso della tubercolosi polmonare ha da tempo richiamato gli studiosi alla ricerca delle cause possibili di tale fenomeno. Si è cercato di trovarne la ragione anche nello stato del sistema endocrino; e stata messa in causa anche la funzionalità della ghiandola tiroide, di cui l'influsso sulle forme cliniche della tbc. costituisce ora un argomento di attualità.

L'A. riferisce sui risultati delle ricerche sperimentali e osservazioni cliniche eseguite in proposito e riassume in breve la storia dell'argomento

Sin dalla metà del secolo scorso, Hamburger e Rokitowsky constatavano l'eccezionale rarità della tbc. negli ipertiroidei; opinioni analoghe venivano enunciate da Wegelin, Greenfield e Brandt. D'altra parte non mancarono gli AA. che mettevano in evidenza la frequenza della sindrome basedowiana negli affetti dalla tbc. come p. es. Castaigne, Gilbert, ecc., ammettendo perfino che quasi in tutti i casi di sindrome tireotossica esiste la tbc. polmonare (Staathof, Levy, Lambea ed altri). Va però notato che la sindrome basedowoide relativamente frequente nei giovani affetti da tbc. non può essere senz'altro identificata con il Basedow vero, rappresentando essa spesso solamente un fenomeno accessorio dell'infezione, di cui l'origine non deve essere necessariamente attribuita a lesioni tiroidee.

Altre osservazioni riguardano i rapporti che intercorrono fra il gozzo e la tubercolosi; così Poncet, Berard, ecc., ammettono che la tbc. possa produrre nella tiroide alterazioni a tipo di gozzo; Martini, Vitry ed altri riscontravano alterazioni sclerotiche nelle infezioni bacillari. Analoghe sono le osservazioni di Kocher, mentre De Quervain e Sarbach notano la frequente coesistenza del gozzo; Straemmler invece rileva che in esso la tbc. assume un decorso piuttosto mite. Speciale attenzione meritano gli studi recenti di Stefko, Mordwinkina e Jampolsky; secondo questi AA. nella tbc. acuta si nota un ingrossamento della tiroide con ipertireosi; nella forma cronica della malattia si constata quasi regolarmente l'atrofia follicolare con iniziale fibrosi della tiroide. Kallos e Kentzler attribuiscono a quest'organo funzioni difensive e raccomandano la somministrazione della tirossina, trattamento del resto già preconizzato da Klemperer.

Spetta agli italiani il merito di aver iniziato lo studio sperimentale dell'argomento: Ferrata in cavie tiroidectomizzate constatava maggione sopravvivenza dopo l'infezione con b. di Koch; d'altra parte Frugoni e Grixoni, somministrando la sostanza tiroide a conigli infettati notavano un decorso relativamente mite della tbc.; i loro reperti vengono confermati da Schroeder, il quale dopo aver rilevato la malignità dell'infezione negli animali tiroidectomizzati, ha potuto constatare l'influenza favorevole della tirossina.

L'evidente discrepanza delle osservazioni sia cliniche che sperimentali finora eseguite ha indotto l'A. a istituzione di ricerche di controllo. Egli ha operato su conigli e cavie; nei primi eseguiva l'asportazione della tiroide, ed in un gruppo di questi quella della ghiandole genitali (la quale notoriamente rende la tbc. più mite); per quel che riguarda le cavie, alcune sono state sottoposte alla tiroidectomia, ad altre invece dopo effettuata l'infezione veniva somministrata della tirossina.

L'esperimento ha dato risultati abbastanza univoci; si è visto nettamente che l'asportazione della tiroide prolungava il tempo di sopravvivenza degli animali (colla castrazione lo effetto era ancora maggiore) specie dei conigli (9,5 mesi invece di 6 degli animali di controllo); mentre gli animali stiroidati presentavano un aumento di peso, le cavie sottoposte al trattamento colla tirossina dimagrivano rapidamente e soccombevano prima degli animali di controllo.

Per l'osservazione statistico-clinica l'A. si è servito del materiale ricavato dallo studio degli infermi ricoverati per varie malattie nella clinica di Marburg (degli anni 1923-1933). Sul numero totale degli infermi da malattie della tiroide era di 253; la percentuale dei tubercolotici fra questi ultimi era di 1,97 %; confrontando questa percentuale con la frequenza dell'affezione tubercolare in altri gruppi di malati (nefropatici e anemici) si riscontrano dei valori di poco superiori (risp. 2,28 e 2,93 %). Va notato che quasi tutti i casi si riferiscono a ipertireosi. Secondo l'A. le sue cifre difficilmente permettono una deduzione rispetto alla esistenza di un influsso favorevole dell'esaltata funzione tiroidea sull'infezione tubercolare tanto più che nei ipertiroidei da lui osservati il decorso dell'infezione era quello solito. Dunque, i dati clinici, in unione a quelli sperimentali fanno ritenere quale problematica la azione benefica dell'increto tiroideo sul decorso della tubercolosi; la terapia della tbc. colla tirossina è da considerarsi per ora, secondo le limitate esperienze dell'A. come priva di sicure basi.

S. MINZ.

## Sulle indicazioni e controindicazioni della frenico-exeresi.

(N. BODUNGEN. *Zeitschr. f. Tuberkolose*, v. 70, f. 5, maggio 1934).

L'A. fa notare come malgrado le vaste applicazioni cliniche delle frenicoexeresi, non sono ancora abbastanza definite le sue precise indicazioni e le premesse per la efficacia di questo genere di colasso-terapia. Va rilevato anzitutto che la paralisi provocata dall'emidiaframma influisce solo scarsamente sulla biodinamica polmonare; è noto difatti che il muscolo diaframmatico entra in azione soltanto nelle ispirazioni più o meno forzate (p. es. dopo sforzi fisici), rimanendo pressochè immobile durante la respirazione normale; la capacità dello spazio pleurico viene limitata dalla frenico-exeresi solo di 1/6 fino ad 1/3 (Brunner): e questo solo quando viene raggiunta la posizione alta del diaframma, ostacolata spesso dall'obliterazione del seno costo-diaframmatico o mediastinico. L'innalzamento del diaframma dipende anche in gran parte dallo stato del parenchima polmonare, colle sue possibilità di retrazione; questa fa difetto nei processi pneumonici e enfisematosi della base polmonare; è favorito invece dai processi fibroplastici di riparazione. Lo stato della pleura costale e diaframmatica ha la sua parte importante nell'avvenire della fre-

noexeresi, la quale rimane press'a poco inefficace nei casi di aderenze accentuate o abbondanti infiltrazioni che talora trasformano il diaframma in un tramezzo rigido ed immobile. Secondo l'A. la frenicoexeresi sarebbe piuttosto nociva, quando non vi sono lesioni della base; la sua azione sulle caverne apicali (considerata favorevolmente da Pigeon) trova molte limitazioni non solo nella grandezza della caverna, ma anzitutto nello stato delle pareti di essa; se queste sono infiltrate, la cavità difficilmente potrà collabire; d'altra parte esiste frequentemente una cotenna interlobare, la quale nel caso di aderenze contratte colla pleura costale (la presenza di queste potrà essere dedotta dall'immobilità della cotenna costatabile radiologicamente) paralizzerà il possibile effetto della frenicoexeresi.

I vantaggi della frenicoexeresi sono incontestabili nel caso di un pneumotorace ostacolato da aderenze basali o apicali; da alcuni è stato ammesso che nei casi del genere la pressione del pnx non permette il risalire del diaframma; si tenga però presente che la la pressione addominale supera sempre quella pleurica! le condizioni di pressione nel pnx vengono regolate automaticamente dalla frenicoexeresi; man mano che avviene il riassorbimento del gas, s'innalzerà il diaframma. Un'altra indicazione è data dalla comparsa di versamento pleurico dopo la sospensione di rifornimento, il quale versamento è dovuto alla mancata possibilità espansiva del polmone.

Paragonata al pnx la frenicoexeresi presenta lo svantaggio di portare ad un'alterazione irreparabile, a differenza del primo che può essere sempre sospeso; però in alcuni casi d'indole pratica, quando p. es. le condizioni economiche o eventualmente la lontananza dai grandi centri, non permettono al paziente un trattamento continuativo, la frenicoexeresi rappresenta un'emancipazione del malato nel riguardo del medico ed è perciò da preferirsi.

È chiara la maggiore efficacia della frenicoexeresi nel caso di lesioni basali; però va sempre tenuto presente che con essa viene spesso pregiudicata la possibilità di un eventuale futura toracoplastica, specie quella destra, poichè la posizione alta del fegato ostacolerà il collasso trasversale della gabbia costale.

L'A. sottopone ad una severa critica la frenicoexeresi bilaterale preconizzata ed eseguita da molti AA. in Russia ed in Francia; tale procedimento, che in primo tempo può dare risultati favorevoli per quel che riguarda l'andamento delle lesioni polmonari, riesce funesto in secondo tempo per le sue ripercussioni sulla meccanica respiratoria; essendo eliminata la respirazione addominale, ogni sforzo è seguito da una intensa dispnea con sovraccarico del miocardio; l'A. ha potuto osservare un caso del genere deceduto 6 mesi dopo l'operazione in seguito a paralisi cardiaca.

L'A. conclude dicendo che il successo della frenicoexeresi dipende meno dalla esecuzione dell'operazione che dalla scelta dei casi adatti; i variabili risultati ottenuti dagli AA. dipendono appunto dai criteri adottati nel preconizzare l'intervento; esso oltrechè un'operazione a sè si rende spesso utile come complemento del pneumotorace artificiale, col quale del resto può talora competere con successo, specie nei casi a decorso cronico o subacuto con prevalenti lesioni basali. S. MINZ.

# MISCELLANEA.

## Desensibilizzazione e assuefazione.

(PASTEUR VALLERY - RADOT, G. MAURIE e A. HUGO. *Presse Médicale*, 14 aprile 1934).

Le malattie anafilattiche si curano con i metodi di « desensibilizzazione non specifica » o meglio « antichoc » che hanno lo scopo di rendere il paziente indifferente allo choc prodotto nel suo organismo dall'antigene sensibilizzante, oppure con « metodi di desensibilizzazione specifica » che si propongono di fare scomparire lo stato di sensibilizzazione del paziente di fronte all'antigene.

Per ottenere questa desensibilizzazione specifica si sottopone l'individuo all'azione ripetuta della sostanza sensibilizzante: iniezioni a dosi crescenti della sostanza incriminata; cutireazioni ripetute, ingestione di quantità sempre crescenti del corpo nocivo. Nei casi fortunati dopo qualche settimana o mese l'individuo diviene indifferente: può essere messo a contatto con la sostanza nociva per il suo organismo senza provare alcun disturbo.

Vien fatto di domandarsi se l'innocuità della sostanza precedentemente nociva sia da attribuirsi ad un effettivo stato di desensibilizzazione, ossia al ritorno dell'organismo ad uno stato biologicamente normale.

A tale quesito è stato risposto affermativamente fondandosi sul fatto che insieme alla diminuzione e alla scomparsa di ogni disturbo in seguito all'ingestione o inalazione della sostanza sensibilizzante, si ha un'attenuazione progressiva e la scomparsa delle reazioni cutanee di fronte all'antigene stesso

Tuttavia in molti casi la guarigione clinica non corrisponde ad una effettiva desensibilizzazione. Il soggetto, sottoposto al trattamento, può in capo a qualche tempo venire a contatto dell'antigene senza presentare disturbi, ma conserva negli umori anticorpi corrispondenti all'antigene stesso; egli quindi non è desensibilizzato.

In tali casi la scomparsa di fatti clinici non è dovuta ad una desensibilizzazione biologica ma ad assuefazione. In effetti se, dopo aver lasciato per qualche tempo l'organismo pseudodesensibilizzato lontano dall'antigene, lo si pone di nuovo a contatto con questo, si ridesta immediatamente l'ipersensibilità clinica. La sensibilizzazione quindi era solo ma-

scherata: le iniezioni ripetute, le cutireazioni, le ingestioni dell'antigene non avevano che assuefatto l'organismo. Disassuefatto a seguito dell'allontanamento prolungato dell'antigene, le manifestazioni si riproducono.

Così un individuo sensibilizzato all'uovo a seguito d'ingestione di dosi crescenti riesce a tollerare fino a 120 goccie di uovo. Dopo avere interrotto il trattamento per una quindicina di giorni, la somministrazione della stessa dose di 120 goccie d'uovo produce accidenti violenti.

Widal e Pasteur Vallery-Radot hanno riferito un caso di sensibilizzazione all'antipirina, nel quale la desensibilizzazione sembrava essere stata ottenuta mediante somministrazione del farmaco a dosi progressivamente più elevate. Il malato che sembrava desensibilizzato, per 43 giorni non ingerì antipirina. Il 44° giorno gli fu dato un grammo di antipirina: gli accidenti cutanei ricomparvero. Per desensibilizzare di nuovo il paziente invece di somministrargli dosi progressive di antipirina gli si dettero dosi maggiori, un grammo al giorno: si riuscì così a fargli di nuovo tollerare il farmaco. Ma dopo due giorni di sospensione ricomparve l'intolleranza.

La natura offre spontaneamente fatti di assuefazione e riassuefazione nelle manifestazioni anafilattiche. Un individuo aveva una crisi violenta di asma, accompagnata da corizza e congiuntivite, quando si trovava in vicinanza di un cavallo, dopo esserne stato lungo tempo lontano. Ma se stava quotidianamente a contatto di cavalli in capo a tre o quattro mesi era assuefatto alle emanazioni equine e non presentava più alcuna manifestazione clinica. Aveva una cutireazione positiva alle squame di cavallo ed una reazione Prausnitz-Küstner positiva, anche quando non presentava sintomi d'ipersensibilità ai cavalli.

L'assuefazione, come metodo terapeutico, si applica non solo ai fenomeni di sensibilizzazione ad un antigene ponderale, ma anche alle ipersensibilità agli agenti fisici.

Pasteur Vallery-Radot e Blamoutier riuscirono ad impedire la comparsa di un'orticaria da freddo consigliando il soggetto ad immergere tre volte al giorno per un quarto d'ora le mani e gli avambracci nell'acqua fredda. Dopo un mese di questa pratica l'orticaria provocata dal contatto con acqua fredda diminuì progressivamente, dopo due mesi l'orticaria non comparve più, non solo sulle parti bagnate tutti i giorni, ma anche su tutta la superficie cutanea.

In un caso di orticaria solare gli stessi autori in unione a Stehelin e Saidman potettero aumentare la tolleranza dei tegumenti ai raggi solari mediante l'esposizione ripetuta di piccole superficie cutanee davanti all'arco polimetallico e poi davanti alla lampada ad incandescenza.

Anche Duke e Lehner hanno tentato di lottare contro i fenomeni d'ipersensibilità provocata da agenti fisici assuefacendo l'organismo all'agente causale.

In conclusione i metodi di desensibilizzazione specifici o non specifici non sono che metodi di assuefazione.

Con i metodi di « desensibilizzazione non specifica » si assuefà l'organismo agli chocs, qualunque ne sia l'origine; con i procedimenti di « desensibilizzazione specifica » si assuefà alla causa specifica, sia che si tratti di un antigene ponderale come di un agente fisico.

DR.

## Sistema endocrino e fratture.

(L. BAY. *Giornale di Batteriologia e Immunologia*, luglio 1934).

La consolidazione delle fratture non dipende solo da fattori locali, ma anche da fenomeni generali, umorali più o meno complessi interessanti il metabolismo del calcio. Tra questi occupano il primo posto le glandole a secrezione interna, e particolarmente le tiroidi, le paratiroidi, le surrenali, le gonadi, la milza, il pancreas, il timo e l'ipofisi.

La *tiroide* attiva la funzione osteoblastica, concorre all'apposizione osteoperiostea, favorisce l'assorbimento e la ritenzione dei sali di calcio.

Negli animali tiroidectomizzati si ha un'inibizione dei fenomeni regressivi che accompagnano la frattura ed un ritardo della formazione del callo. Negli stessi animali e anche in quelli normali la somministrazione di estratto tiroideo agevola il processo di riparazione. Ciò viene spiegato con un duplice meccanismo, uno tissurale agente sui fenomeni istologici del callo, l'altro fisico-chimico riguardante il metabolismo del calcio.

Altri invece ritengono che l'azione benefica sull'osteogenesi si determini attraverso un miglioramento dello stato generale. Sta di fatto però che nel mixedema e nell'insufficienza tiroidea si ha un decorso anormale dei traumi ossei, con tendenza alla formazione di ematomi suppurati ed infezioni del focolaio di frattura.

Comunque è noto nella pratica clinica che la somministrazione di tiroidina agevola il processo di riparazione delle fratture, specie quando esistono condizioni anormali (atrofia ossea, ritardo della callificazione, pseudartrosi).

Le *paratiroidi* agiscono sul processo di guarigione delle fratture per la loro potente azione calciofissatrice. La reazione calcemica consecutiva ad una frattura, che nei normali è intensa e costante, è debole e fugace negli animali paratiroidectomizzati. In questi ultimi d'altra parte l'eliminazione del calcio è aumentata e la calcificazione del focolaio di frattura è scarsa.

Negli animali con deficienza paratiroidea il callo di frattura manca o si forma lentamente, mentre la somministrazione di estratto paratiroideo facilita la saldatura ossea.

Le *surrenali* influenzano la riparazione ossea specie per l'azione della corticale che preparerebbe la base fosfatidica alla precipitazione dei sali di calcio sulle ossa. La sostanza midollare agirebbe mobilitando il calcio dei tessuti, che immesso in circolo si localizzerebbe sul focolaio di frattura.

L'avitaminosi ritarderebbe la formazione e la calcificazione del callo per la conseguente alterazione delle surrenali.

Negli animali con deficienza surrenale si riscontrano alterazioni evidenti del ricambio del calcio ed un ritardo del consolidamento del callo per l'assenza dell'elemento calciofissatore.

La somministrazione di adrenalina abbrevia il periodo di consolidamento del callo. Sopra tutto vantaggiosa sarebbe la somministrazione di fosfato di calcio e adrenalina.

Le *gonadi*, che come è noto inibiscono lo sviluppo scheletrico, ritardano il processo di consolidazione delle fratture.

La castrazione provoca ritenzione di calcio e di fosforo nei tessuti e nelle ossa. L'ovariectomia può guarire l'osteomalacia delle gravide.

Negli animali castrati la formazione del callo di fratture è rapida, mentre l'ormonizzazione provoca un ritardo.

La *milza* agirebbe sull'ossificazione per la sua influenza sull'attività ematopoietica del midollo osseo.

Negli animali splenectomizzati è stato notato un ritardo di consolidazione del callo (lunga persistenza del callo cartilagineo con scarsa attività osteoblastica ed osteoplastica), mentre negli ipersplenizzati, non si avrebbe un acceleramento dei processi di guarigione. L'azione sarebbe in rapporto con l'attività del sistema reticolo-endoteliale tanto importante nei fenomeni di riparazione ossea.

Il *pancreas* influisce sull'ossificazione in quanto le sue alterazioni provocano modificazioni biochimiche del sangue, spostando l'equilibrio acido-basico verso l'acidosi e determinando una maggiore mobilitazione degli joni calcio. In effetti nel diabete grave si ha abnorme eliminazione di sali di calcio e profonda decalcificazione.

Negli animali in acidosi si ha un ritardo di ossificazione in confronto di quelli alcalinizzati. Clinicamente con la somministrazione di insulina (ormone alcalinizzante) si ha aumento del fosforo e diminuzione della calcemia.

Il *timo* agisce sulle riparazioni delle fratture in quanto il suo ormone determina la deposizione nello scheletro del jone calcio. Nelle fratture infatti il timo presenta un esaltamento della sua funzione con aumento del suo peso e maggiore produzione di timociti; l'ipertrofia timica dura fino alla completa calcificazione del callo.

La disfunzione del timo inibisce l'attività dei tessuti osteoblastici ed altera il ricambio calcico diminuendo l'assimilazione dei sali calcici e favorendone invece l'eliminazione; da ciò l'intensa atrofia e fragilità dello scheletro. La timectomia ritarda la consolidazione del callo di frattura, specie se questa si provoca subito dopo l'ablazione del timo, ossia prima che entrino in giuoco ormoni vicarianti.

Viceversa la somministrazione di ormone timico accelera la consolidazione.

L'*ipofisi*, e specie il lobo anteriore, ha intimi rapporti con il ricambio del calcio e con la struttura ossea. Nell'insufficienza si ha iperplasia dello scheletro, decalcificazione diafisaria, tendenza agli incurvamenti ed alle fratture spontanee; nell'iperfunzione insorta nel periodo giovanile si ha un eccessivo sviluppo encondrale delle epifisi delle ossa lunghe (gigantismo) e negli adulti un maggiore spessore delle ossa fino all'acromegalia.

Durante le fratture si ha un'esaltazione dell'attività dell'ipofisi: il lobo anteriore reagisce con la comparsa di cellule acidofile, cioè con un aumento della secrezione ed un ritorno alla funzione fetale.

È probabile che nel focolaio di frattura si producano sostanze (ormoni?) che entrate in circolo provocano l'aumento del calcio nel sangue: la frattura si procurerebbe da sè un ambiente umorale adatto a stimolare le glandole endocrine.

In conclusione le principali glandole a secrezione interna, meno le gonadi, attivano con la loro funzione il processo della formazione del callo osseo. Sembrerebbe anzi che tale attività endocrina sarebbe stimolata dalla stessa frattura, nel cui focolaio si produrrebbero sostanze atte ad eccitare la funzione di quelle glandole la cui secrezione è favorevole al processo di riparazione. DR.

## Casi di sodoku trasmessi dal cane.

(H. RIPLEY e H. VAN SANT. *Journ. Am. Med. Ass.*, 9 giugno 1934).

Il sodoku, o febbre da morso di ratto, è entità clinica conosciuta in India da secoli: essa è stata descritta in vari continenti ed è forse più comune di quello che generalmente si creda.

Nell'anamnesi vi è sempre un morso di topo, più raramente di altri animali; la ferita guarisce a meno che non vi sia infezione secondaria, e dopo un periodo d'incubazione di una a quattro settimane si ha l'inizio della forma morbosa con dolore, turgore, rossore e formazione di vescicole e talvolta di un'ulcera nella sede della lesione primaria: il pus si presenta solo per infezione secondaria: vi è però sempre linfangite locale e linfoadenopatia generalizzata. L'inizio è anche caratterizzato da fenomeni generali, come brivido, febbre, polso frequente, prostrazione, anoressia, cefalea, stupore e delirio. Dopo qualche giorno vi è remissione della febbre e dei sintomi generali seguita da attacchi febbrili regolari o irregolari, susseguentisi ad intervalli di tempo di tre ad otto giorni.

Ogni attacco febbrile tende però ad essere più lieve del precedente: durante i periodi di remissione tutti i sintomi, meno l'astenia scompaiono.

Nelle prime fasi della malattia si ha l'apparizione di noduli simiglianti a quelli dell'eritema nodoso, del diametro di 0,5 a 5 cm. che vanno indurendosi e lentamente spariscono con una desquamazione che può prolungarsi per più settimane. Nel sangue lieve anemia e leucocitosi.

Riguardo alla prognosi, in Giappone la mortalità era del 10.5 %. Con l'avvento della cura arsenobenzolica, che è specifica, i casi di morte sono divenuti rari. L'agente causale della malattia è stato scoperto da Futaki nel 1916 e da lui denominato *Spirochaeta morsus muris*: la scoperta di Futaki, confermata da vari AA. nei diversi paesi, è ormai accertata da tutti.

Gli AA. hanno avuto occasione di studiare due casi di sodoku, e da ambedue hanno potuto isolare la *Spirochaeta morsus muris*: animale vettore era stato apparentemente il cane. L'inoculazione sperimentale nei cani della *Sp. m. m.* ha riprodotto il quadro morboso. In ambedue i pazienti la reazione di Kahn fu fortemente positiva e così anche nel cane inoculato sperimentalmente, mentre la reazione di Wassermann diede risultato negativo e debolmente positivo.

La *Spirochaeta morsus muris* fu poi dagli AA. inoculata in un paziente affetto da demenza paralitica: si ebbe lo sviluppo di una lesione tipica e i sintomi del sodoku. Dal punto di vista diagnostico il topo si dimostrò essere molto più ricettivo della cavia. La cura con tre a sei iniezioni di arsfenamina riuscì in ogni caso efficace.

G. LA CAVA.



# DIVAGAZIONI

## Le esecuzioni capitali con i gas tossici.

I giornali politici pubblicano che nel penitenziario di Canoni City (Colorado) il 23 giugno c. a. è stata per la prima volta data esecuzione ad una condanna a morte mediante gas tossici.

Il giustiziabile è stato introdotto in una camera precedentemente provata con numerosi animali per assicurarsi che l'operazione si svolgesse senza alcun inconveniente.

Non è stato comunicato quale specie di gas letale sia stato adoperato, ma è a presumere che si tratti del protossido di azoto perchè per concorde esperienza dei tossicologi e dei fisiologi esso è il gas che meglio si presta per dare una morte rapida e scevra di sofferenze, mentre d'altra parte sarebbe scevra di pericoli per gli addetti alle esecuzioni.

Con questo esperimento la pratica delle esecuzioni capitali entra in una fase più pietosa.

Quantunque le condanne penali si inspirino ancora ai principî classici del diritto nel senso che la pena se non una vendetta della società deve essere un'espiazione per il colpevole, tuttavia la pratica moderna pur conservando alle pene il carattere afflittivo tende a non incrudelire selvaggiamente ed inutilmente.

E per quel che riguarda la pena capitale i metodi di esecuzione sono diventati sempre meno feroci.

Si attribuì la invenzione del dottor Guillotin al bisogno di smaltire nel più breve tempo possibile l'esecuzione dei condannati politici; sta di fatto però che la ghigliottina rappresenta un mezzo di uccisione più umano in confronto della forca e della decapitazione con la scure, purtroppo oggi riadoperata presso un popolo che trovasi all'avanguardia della civiltà.

Anche la fucilazione sarebbe un mezzo di esecuzione meno barbaro se si potesse essere sicuri dell'esattezza della mira dei tiratori.

La sedia elettrica si è ritenuto a torto il modo più perfetto di esecuzione. La lunga esperienza fatta nel Nord America ha dimostrato che essa non è scevra d'inconvenienti. È noto il tragico evento di esecuzioni elettriche mal fatte, in cui lo spettacolo raccapricciante delle scosse e contorsioni cloniche del giustiziato fa dubitare della pretesa subitaneità ed indolorabilità di quel genere di morte. D'altra parte basta una minima imperfezione, un guasto improvviso degli apparecchi, qualche imprevedibile deviazione della corrente, o un'insolita resistenza del corpo umano, perchè le migliaia di volts immessi nella sedia elettrica non fulminino istantaneamente la vittima, alla quale pertanto rimane la coscienza del passaggio estremo, come si suppone che l'abbia l'impiccato, e delle atroci sofferenze date dal passaggio della corrente.

Da tempo si era pensato che il metodo più semplice, più sicuro, più rapido, più umano di dare la morte ai condannati fosse quello di condurli in ambienti dove potessero respirare gas tossici. Di questi (a prescindere da quelli usati durante la guerra) se ne conoscevano molti e tra questi i più noti: il gas illuminante, l'ossido di carbonio, l'acido cianidrico, il protossido di azoto. Ma il metodo non fu prima d'ora mai messo in pratica forse perchè nell'animo dei legislatori rimane ancora un po' l'idea del rancore, della vendetta che fa ritenere ingiusta per il colpevole una morte dolce, e forse perchè il metodo di esecuzione non consente quella teatralità che si ritiene possa giovare per la profilassi del delitto.

I gas tossici più indicati per le esecuzioni capitali sono l'acido cianidrico ed il protossido di azoto per la rapidità degli effetti letali, per l'assenza di fenomeni capaci di far soffrire la vittima. L'acido cianidrico si è ritenuto meno pratico perchè pericoloso per coloro che devono maneggiarlo. Rimane il protossido di azoto ($N_2O$) o gas esilarante. Questo gas è stato già adoperato in chirurgia per produrre in breve tempo l'anestesia ed analgesia necessarie per gli atti operativi. Avrebbe anzi sul cloroformio e sull'etere notevoli vantaggi: in soli venti secondi produce obnubilazione della coscienza, e dopo altri 40-50 secondi, quando siano penetrati nel sangue appena 50 milligrammi di protossido, la coscienza si spegne del tutto. Se si spinge la dose circolante nel sangue a 60 milligrammi l'individuo passa da vita a morte insensibilmente. Nessuno dei fatti disgustosi che si avverano nella cloroformizzazione: non agitazione, non senso di angoscia, non delirio, non allucinazioni, fatti che colpiscono molti soggetti prima di cadere nello stato d'incoscienza. Anzi il protossido d'azoto subito dopo l'inalazione produce un vivo senso di benessere cenestetico e di calma dello spirito, un senso di euforia somatica e psichica, di leggera e piacevole ebbrezza che gli hanno meritato il nome di gas esilarante.

L'esecuzione si pratica facendo entrare il condannato in una camera adatta con porta a perfetta tenuta. Da un tubo infisso sul pavimento o in una parete s'immette nell'interno il gas mediante l'apertura di un rubinetto posto all'esterno. Dopo pochi secondi giustizia è fatta senza alcuna sofferenza per il paziente, che anzi ha una sensazione dolce del trapasso.

A parte gli altri vantaggi il metodo ha quello che l'uccisione viene praticata senza bisogno di un personale veramente specializzato bastando alla bisogna la semplice apertura di un rubinetto, senza che l'esecutore abbia la visione immediata delle sofferenze e della morte del giustiziato. Si rende inutile il mestiere del carnefice, che, malgrado tutto, gode sempre poche simpatie.

*argo.*

## NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. BILANCIONI. *Prime linee di una patologia dello sviluppo. Sua importanza in Oto-rino-laringologia.* Due voll. in-8° di pagg. 306 e 572, con 490 figg. L. Pozzi ed. Roma.

Opera di vasto respiro, questa del Clinico oto-rino-laringoiatrico di Roma, che dal campo apparentemente arido e chiuso di una ristretta specialità, assurge ad ampie visioni di biologia generale, le quali, a loro volta, gettano una nuova e viva luce su varie questioni della specialità stessa. Opera, quindi, che interessa lo specialista come il medico generico, il biologo ed ogni spirito colto che si interessi di questioni della scienza che « ridestino nella nostra esistenza i valori di postulati eterni ».

Accenniamo ai principî informatori dello studio dell'A. L'individuo quale si presenta al nostro esame, ben lungi dall'essere sempre perfetto e simmetrico, rappresenta la risultante di un complesso di mutamenti, iniziatisi con la prima concezione e che si continuano e, se anche non appaiono, fervono nell'intimità dei tessuti. Ne risultano deviazioni di forma, talvolta piccole e modeste, che attestano mutamenti nelle regole dello sviluppo. Questa sorta di « piccola teratologia » che troviamo nell'individuo relativamente normale viene ricondotta dall'A. alle sue origini ed illustrata nelle sue conseguenze, per cui le aride scienze dell'embriologia e della teratologia sono vivificate dalla clinica.

Esamina, nella parte generale, i fenomeni della fisiopatologia dello sviluppo e la costruzione dell'organismo, dal feto all'adulto, diffondendosi particolarmente sulla fabbrica dello scheletro e sul suo divenire, nonchè sulle malattie ossee della crescenza dell'involuzione.

Nella parte speciale, tratta il cranio e la faccia, la piramide nasale, i seni della faccia, il collo, la faringe, laringe, trachea e bronchi, l'esofago, la tiroide ed il timo, l'orecchio. Il continuo richiamo alla clinica, le belle illustrazioni avvivano la trattazione e ricordano spesso al lettore fatti capitati alla sua osservazione, di cui trova qui la spiegazione.

Un esempio delle conclusioni pratiche, che possono derivare dallo studio di questo libro, ci è dato dalla questione dell'adenoidismo, diagnosi di cui oggi si abusa e che giustamente l'A. consiglia di non lasciare a medici generici incolti od incuriosi della patologia oto-rino-laringologica e, tanto meno, alle maestre, alle assistenti sanitarie, ecc. Si tratta spesso di momenti che possono condurre ad una facies simile all'adenoidea, ma legata, invece, a turbamenti di sviluppo cranio-facciale, spesso da ricondurre alla sifilide congenita, alla rachitide, a forme disendocrine, imponendo così una prognosi ed un indirizzo terapeutico ben diversi.

Solo da una vasta e profonda cultura, da una lunga pratica costantemente illuminata da una geniale mentalità, che sa coordinare i fatti singoli, inquadrandoli in una larga concezione d'insieme, poteva nascere questo libro di alta scienza, sempre poggiato sul solido terreno dei fatti, che si legge con crescente interesse e che, pur presentandosi di utile applicazione oto-rino-laringologica, trascende i limiti della specialità, per considerare i più vitali problemi dell'essere. *fil.*

## CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

V. Fischl u. H. Schlossberger. *Handbuch der Chemotherapie.* IIer Theil. Mettalderivate. 1 vol. in-8°, di p. XI (359-898), 1934. Lipsia, Fischers medizinische Buchhandlung, 1934. Prezzo: M. 55.

Avemmo già a presentare la prima parte di questo lavoro; essa riguardava i composti esclusivamente organici.

La parte attuale è destinata ai composti in cui l'attività curativa è ascrivibile ad un elemento minerale (gli AA. usano il termine di « metallo » anche per i « metalloidi »).

I capitoli più importanti riguardano, com'è naturale, l'arsenico e l'antimonio. Si prendono in esame anche il bismuto, l'iodio, il rame, l'oro, il mercurio, si accenna ad una cinquantina di altri elementi.

Gli AA. prospettano la storia, gl'impieghi, la composizione, i dinamismi d'azione terapeutica e tossica ecc. L'esposizione, ricchissima di dati, è di una lettura difficile (vi si trovano lunghe filze di nomi e dense tabelle ecc.), ma è ottima per le consultazioni; ad ogni capitolo è annessa una bibliografia molto copiosa, eppure tutt'altro che completa (ne sono omessi contributi importanti).

I dati storici non sono destituiti d'interesse. Così apprendiamo che lo iodio viene usato da tempo immemorabile in Cina, forse per rimediare all'ipotiroidismo, che, secondo Keith, costituisce una caratteristica della razza gialla; l'arsenico era già preconizzato da Ippocrate per la cura locale delle ulcerazioni accessibili; l'oro si usava in India molto prima dell'êra cristiana.

La numerazione delle pagine fa seguito a quella del primo volume.

Il lavoro reca indici generali sistematici e alfabetici. L. Verney.

F. Bertram. *Die Zuckerkrankheit.* Un vol. in-8° di 94 pag., con 15 fig. G. Thieme ed. Leipzig, 1934.

Buona monografia sul diabete che mette le questioni sopra un terreno essenzialmente pratico, quale si conviene al medico generico. Non è, di fatto, possibile, per la maggior parte della clientela privata, seguire le regole date da alcuni trattatisti, applicabili solo in casi d'eccezione od in cliniche specializzate. L'A. libera i malati dall'ossessione della bilancia per gli alimenti del contenuto in calorie di questi, ed ammette l'uso dell'insulina soltanto quando la dieta riesce insufficiente allo scopo.

Espone dapprima la patogenesi, le basi chimico-fisiologiche, i concetti sull'acidosi, il quadro clinico, la diagnosi, le complicazioni, il coma. Si diffonde con sufficiente larghezza sul trattamento, accennando anche all'inutilità della cura medicamentosa e mettendo in guardia contro i così detti specifici.

Da ultimo, un capitolo sulla prognosi e la prognosi e la profilassi.

*fil.*

*Lavori degli anni* 1931-1933 *dell'Istituto di Clinica medica della R. Università di Bari.*

Molto opportunamente, il Prof. Luigi Ferrannini, Direttore della Clinica medica di Bari, raccoglie in un volume i lavori usciti dal suo Istituto e pubblicati in diversi periodici negli anni scolastici 1931-32, 1932-33 e che assommano a 34.

Ben 14 sono dello stesso Prof. L. Ferrannini, fra cui una prolusione che tratta della Missione di una Clinica medica; osservazioni su favismo; le conseguenze somatiche della attività psichica; denti e ghiandole endocrine, ecc. Un buon gruppo di lavori di biochimica è dovuto all'Assistente Dott. Milella; altri ne troviamo sulle radiazioni mitogenetiche (S. Bonomo); sulla vecchiaia (V. Albergo e G. Spilotros), ecc.

Il numero e l'importanza di tali pubblicazioni attestano il valore e l'attività della Clinica medica della giovane Università di Bari.

*fil.*



(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 aprile 1934

Presidenza: prof. BAGLIONI, presidente.

### Una camera operatoria rispondente ai requisiti dell'igiene e della tecnica chirurgica.

Prof. S. MUZII. — Fino ad oggi le camere operatorie chirurgiche presentano su per giù gli stessi inconvenienti riguardo il riscaldamento, l'aereazione, la pulizia, l'illuminazione, e costano molto. Una camera, che abbia un loggiato all'intorno, parati trasparenti per la parte superiore, ma senza lucernario, può avere tutti i servizi esterni nello spazio del loggiato, una illuminazione che si può dire *scialitica*, ed è di facile ed economica costruzione.

È certamente la più adatta anche a scopo didattico.

L'O. presenta un modello di camera operatoria, che risponde ai requisti suddetti.

Il prof. ALESSANDRI si compiace della comunicazione che ha grande importanza per i chirurgi.

Sopratutto gli sembra risolto opportunamente il problema della luce. L'uso dei lucernari sopra il tavolo operatorio è poco utile e spesso dannoso, anche la diffusione oggi grande degli apparecchi tipo scialitico non soddisfa per varie ragioni; la soluzione messa in opera dal Muzii crede che possa rispondere nel modo migliore, specie se con opportuni apparecchi fotometrici la distribuzione della luce sia regolata esattamente sul tavolo di operazioni e in tutto l'ambiente.

Il prof. BAGLIONI esprime anch'egli il suo compiacimento al prof. Muzii, e mette in rilievo i vantaggi che il tipo di camera operatoria da lui illustrato, offre ai fisiologi.

### Nuovi orientamenti nella terapia medica della colica epatica.

Prof. P. ALESSANDRINI. — L'O. illustra casi di colica epatica insorgenti il giorno precedente alle mestruazioni, in cui una cura desinsibilizzante con estratti ovarici totali poteva prevenire l'insorgere degli attacchi.

Le iniezioni di estratti ovarici a distanza della mestruazione erano in grado di provocare un attacco di colica epatica.

Egli interpreta tali coliche come di natura anafilattica e le raggruppa con quelle forme già note nella letteratura.

Il prof. ALESSANDRI rileva che i casi riferiti sono molto interessanti, e specialmente il rapporto della sindrome colica col periodo mestruale e la possibile indagine diagnostica con iniezioni di preparati ovarici gli sembra importante.

Desidera però osservare come nelle colecistiti calcolose e in genere nelle calcolosi delle vie biliari, la cura chirurgica è quella da preferirsi, e da usare senza troppo ritardo quando la diagnosi sia precisata. I disturbi residui e i postumi sfavorevoli non sono in genere dovuti ad aderenze, ma a calcoli dimenticati e non cercati, specialmente nel coledoco. Le statistiche di Lahey e di molti altri sui risultati assai diversi ottenuti quando non si praticava sistematicamente l'esplorazione del coledoco e quando questa era di regola, lo dimostrano, e la sua esperienza è identica.

Crede che in caso di calcolosi e di dilatazione del coledoco convenga più che il drenaggio esterno usare la coledoco.

Partecipano alla discussione anche i proff. ARCANGELI e CHIASSERINI.

A tutti risponde il prof. ALESSANDRINI.

### Endoscopia nella diagnostica gastrica con proiezioni.

Dott. A. BONADIES. — L'O. riferisce sulla tecnica delle gastroscopie col gastroscopio flessibile di Wolf e sui risultati ottenuti in 100 gastroscopie.

Riferisce sui caratteri delle gastriti ipertrofiche, gastriti atrofiche, del reperto nei tumori nell'ulcera gastrica, nella gastroenterectomia.

Proietta delle figure a conferma di quanto ha descritto.

### La toracoplastica antero-laterale nel trattamento della tubercolosi polmonare.

Prof. V. MONALDI. —L'O. espone la concezione teorica dell'intervento che egli ebbe a proporre nel 1932 basato sull'eliminazione delle linee dominanti del movimento toracico, e illustra l'importanza del movimento paradosso « velario di compenso » di E. Morelli.

Quindi fa una esposizione dei risultati locali e generali documentandoli con grafici e serie radiografiche.

Il prof. EGIDI domanda la parola, per fare alcune considerazioni sull'argomento.

### Le operazioni di toracoplastica antero-laterale.

Il prof. ALESSANDRI. — Le operazioni di toracoplastica antero-laterale su cui ha riferito il Monaldi, sono state praticate da me e dal mio aiuto prof. Ascoli nel reparto da me diretto dell'Ospedale B. Mussolini. In assenza di Ascoli, malato, voglio confermare i buoni risultati ottenuti e specialmente quanto il Monaldi ha detto sulla linea di maggior movimento respiratorio: durante l'operazione, resecate le costole dalla 4ª alla 7ª nell'estensione accennata, si può vedere subito l'immobilità respiratoria del tratto toracico. Per la gravità dell'operazione, contrariamente a quanto crede il prof. Egidi, non si tratta di interventi molto gravi. Quasi tutti sono stati compiuti con anestesia locale in due tempi, e senza inconvenienti postumi d'importanza.

Dal punto di vista chirurgico è opportuno affermare che il risultato di collasso completo dell'apice si ottiene nel modo migliore coll'asportazione completa della 1ª costola. Questa asportazione che si riteneva un tempo assai difficile e grave, posteriore e sopraclavicolare; secondo la nostra esperienza si può fare invece abbastanza facilmente per via anteriore sottoclavicolare. Importante è infine l'asportazione del periostio per evitare la resezione ossea, facile in individui quasi sempre giovani. Il modo più semplice è il distruggerlo con formalina. I risultati clinici sono confermati anche da ricerche sperimentali che ho fatto eseguire al dott. De Paolis.

*Il Segretario*: G. AMANTEA.

## Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta straordinaria del 5 luglio 1934.

Presiede il prof. MARGARUCCI ORESTE e poi l'on. prof. E. FIORETTI.

Presenti S. E. Spano (presidente degli Ospedali Riuniti di Roma) e le più alte autorità mediche della capitale, tra cui il prof. Busi, preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, e i proff. Arcangeli, Antonucci, Caccia gen. medico, Frugoni, Antonelli, Bastianelli, Dalla Vedova, Ovio, ecc., ha avuto luogo l'annunciata conferenza dei proff. S. ATTILJ e T. LUCHERINI, sul tema:

**I più recenti metodi di investigazione radiologica nella moderna diagnostica clinica.**

Il prof. LUCHERINI ha passato in rassegna, con rapida disamina critica, alcuni fra i più recenti metodi di indagine radiologica nella diagnostica clinica, che egli stesso ha avuto in gran parte occasione di applicare praticamente nel suo reparto ospedaliero.

Gli argomenti da lui trattati, con proiezioni e dimostrazioni radiologiche, sono stati: l'indagine per lo studio dei dotti lagrimali, dei dotti salivari (scialografia); dei vasi sanguigni in genere (quindi vasografia con venografia ed arteriografia periferica, centrale, aortografia) e cerebrale (encefalografia, angiografia) e polmonare (angiopneumografia); dei vasi linfatici e delle ghiandole linfatiche (linfo-vasculo-adenografia); indi l'indagine per lo studio del sistema nervoso (encefalografia e ventriculografia; mielografia, radicolografia, neurografia); e infine l'epatolienografia.

Sopra ogni argomento si è soffermato brevemente, citando i più recenti lavori e portandovi in gran parte il suo personale contributo originale.

Il prof. ATTILJ tratta di numerosi altri mezzi moderni di indagine: riferisce sull'esame del torace eseguito con apparecchi di enorme intensità, e mostra, con i suoi studi, quanto la radiologia può dare nella valutazione della *mammella* nelle varie fasi della sua attività e allo stato patologico.

Descrive i risultati dell'esame radiologico delle pliche del tubo digerente e delle moderne indagini nel campo *ostetrico ginecologico* (uterosalpingografia: fotografia intrauterina).

Si sofferma a discutere i risultati ed il significato della *colecistografia rapida*, secondo il metodo di Antonucci, ed infine chiude il suo dire con l'esposizione dei moderni mezzi di renografia rapida, di radiochimografia e di radiocinematografia e con la proiezione di un film radiocinematografico.

Il prof. BUSI ha rivolto, ai due conferenzieri, parole di vivo compiacimento.

*Il Segretario*: A. D'AVACK.

## Accademia Medico-Fisico Fiorentina.

Adunanza del 7 giugno 1934.

Presidente: Prof. CARLO COMBA.

**Un caso di carcinoide primitivo dell'appendice vermiforme.**

Dott. B. BENCINI. — Viene riferito un caso di tipico carcinoide primitivo dell'appendice, osservato in un uomo di 31 anni, operato circa 4 anni or sono nello Spedale S. Giovanni di Dio (prof. Cavina). Il tumoretto, del volume di un cece, aveva sede nel terzo medio dell'appendice, nell'interno della quale esisteva pure un diverticolo mucoso congenito. Il decorso può considerarsi finora clinicamente benigno.

**Ulteriori osservazioni sull'anemia dei malati in "uremia vera,,.**

Dott. A. DE GIORGI. — Ricordati brevemente i dati della letteratura sulle anemie dei nefropazienti ed in particolar modo sull'anemia ipercromica dei nefritici con ritenzione azotata e con reazione xantoproteica intensamente positiva in stato di uremia vera, passa all'esposizione di due casi di anemia ipercromica in uremici, nei quali egli ha riscontrato, in accordo con osservazioni precedenti di Volterra, oligocitemia ed ipercromia con alterazioni a carico della serie bianca rappresentate da leucocitosi, relativa neutrofilia con spostamento a destra della formula di Arneth, linfopenia, e qualche cellula scarsamente immatura.

**Sul significato dell'accumulo nel sangue di corpi aromatici per la genesi delle anemie macrocitiche (ipercromiche) e sul valore morfologico della macrocitosi ipercromica.**

Prof. M. VOLTERRA. — Sul fondamento di sue precedenti osservazioni, l'O. mette in rilievo il fatto che in tutte quelle forme morbose in cui si rileva nel sangue macrocitosi ipercromica, le determinazioni chimiche dimostrano un forte accumulo nel sangue di corpi aromatici (anemia perniciosa, cirrosi epatiche, uremia vera).

VOLTERRA e CIARANFI hanno verificato sperimentalmente che questi corpi aromatici (ossifenoli, ossiacidi aromatici, p-cresolo, tirosina) possono determinare negli animali anemie a valore globulare alto con macrocitosi. Per queste ragioni l'O. crede verosimile che la macrocitosi ipercromica sia in rapporto genetico con l'accumulo aromatico.

Per ciò che concerne la macrocitosi ipercromica dell'anemia perniciosa l'O. crede che sia da porre in dubbio una genesi totalmente megaloblastica. Naturalmente una parte, ma probabilmente piccola, dei macrociti ipercromici, si origina da megaloblasti, ma in gran parte i macrociti ipercromici circolanti sarebbero d'origine eritroblastica. Così si spiega meglio l'importanza rilevante quantitamente della macrocitosi ipercromica a malgrado dello scarso numero di megaloblasti, riscontrabili in genere nel midollo osseo, la gradualità della macrocitosi (espressa nella formula eritrocitometrica), il graduale ritorno alla norma durante l'epatoterapia, che fa rapidamente scomparire i megaloblasti, e meglio si comprende, per analogia, la macrocitosi fetale, rilevabile ancora quando i megaloblasti sono da tempo scomparsi dai tessuti eritroformativi.

Dott. L. SEVERI. — *La sostanza reticolo-filamentosa (reticolociti) nel ratto normale e dopo la splenectomia.*

*I Segretari*: Proff. L. PICCHI - P. NICCOLINI.—

## Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 giugno 1934.

Presidenza: Prof. G. B. FIOCCO.

Dott. B. FACCINI. — *Relazione del lavoro compiuto nell'Istituto Radiologico e Fisioterapico dell'Ospedale Civile di Venezia.*

### Morbo di Pott e paraplegia.

Prof. S. MARCONI. — L'O. riferisce sopra due casi di paraplegia da morbo di Pott, in uno dei quali ha eseguito la costotrasversectomia secondo Ménard con buon risultato, in un altro la emilaminectomia laterale con ripresa della motilità dopo tre giorni. Dopo una discussione diagnostica delle varie forme anatomo-patologiche che possono dare la paraplegia nei pottici ed una esposizione dei vari interventi chirurgici che possono essere praticati, l'O. conclude che molte paraplegie possono guarire senza operazione; in altre potrà essere eseguita o la costotrasversectomia e la emilaminectomia secondo le indicazioni del caso.

Dott. C. DIAMANTI. — *Rapporto tra cutireazione tubercolinica e reperti radioscopici del torace in 200 bambini della I e II infanzia.*

### Un caso di difterite vulvale.

Dott. A. VANNI. — L'O. illustra un grave caso di difterite vulvare da lui osservato in una bambina di due anni con associazione di difterite tonsillare. Il soggetto presentava edema imponente delle grandi labbra e due vaste ulcerazioni a margini netti, coperte da una pseudomembrana biancо grigiastra poltacea, con formazioni vescicolose e policicliche al contorno della cute sana, ingorgo ghiandolare inguinale, stato generale tossi-infettivo; l'esame diretto e colturale fu positivo per il B. di Löffler e la terapia specifica (100.000 U. I. di siero complessive) diede una lenta, ma completa guarigione. Dopo aver accennato alla rarità della forma, ma al tempo stesso alla sua importanza e dal lato profilattico e da quello terapeutico, l'O. insiste sui principali caratteri diagnostici e accenna alle eventuali diagnosi differenziali per i casi meno tipici: ulcera gonorroica, luetica, venerea, estiomene e ulcera acuta della vulva di Lipschutz. *Il Segretario*: Dott. A. VANNI.

## Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Seduta ordinaria del 3 marzo 1934.

Presiede il Prof. GIUSEPPE SABATINI, presidente.

### Anomalie dei genitali femminili e gravidanza.

Prof. L. BACIALLI. — L'O. illustra un interessante caso clinico di gravidanza di utero pseudodidelfo con « conglutinatio » dell'orificio uterino, con rottura delle membrane da tre giorni, con putrefazione del liquido amniotico e febbre. La levatrice aveva già somministrato chinino e si apprestava a iniettare pituitrina. Praticato necessariamente il taglio cesareo pur con le controindicazioni esistenti, si estrasse feto vivo e si dovette procedere ad isterectomia per la esiguità della parete uterina e per la assoluta mancanza di contrazione di questa. Fu lasciato l'altro utero perchè riscontrato di forma, di volume normale e atto verosimilmente ad essere concepito e a portare a termine una nuova gravidanza desiderata dai parenti.

Il decorso operativo fu normale e l'inferma lasciò la Clinica in 20ª giornata allattando il suo nato.

L'O. accenna alle varietà e all'importanza di queste anomalie di sviluppo e alla genesi dell'utero pseudodidelfo.

### Architettura del piede e meccanismo della frattura delle varie ossa del metatarso.

Prof. G. BRUNO. — L'O. si è proposto di stabilire quali sono le particolari condizioni anatomiche e funzionali che rendono vulnerabili in varia maniera le diverse ossa del metatarso dell'uomo. Dopo di aver passato in rapido esame le condizioni normali della statica del piede e messo in rilievo l'importanza dei ligamenti fibrosi nell'assicurare la forma della volta plantare, si sofferma a considerare i particolari rapporti e la particolare funzione dei varii nastri dell'aponeurosi plantare rispetto alle varie ossa metatarsali. È pervenuto alla conclusione che dai varii nastri dell'aponeurosi plantare, più specialmente gli elementi dello scheletro del piede sono obbligati a mantenere una posizione più o meno fissa rispetto al calcagno che rappresenta il pilastro di appoggio posteriore. Alcune ossa metatarsali però, per la particolare disposizione dei nastri fibrosi plantari, godono di una certa mobilità, la quale entra in giuoco durante il massimo carico del piede e durante la marcia, così che esse non funzionano da pilastri di appoggio veri e propri; mentre altre ossa metatarsali invece, e cioè: il 2°, il 3° ed il 1° in alcuni casi, sono solidamente imbrigliati al calcagno, fanno parte di raggi ossei non deformabili e funzionano perciò da veri pilastri di appoggio del piede specialmente durante la marcia. Questa particolare funzione statica insieme con la loro relativa delicatezza, rappresenta la condizione adatta per renderle facilmente esposte alla frattura durante il sovraccarico dell'avampiede.

### Stimoli riflessogeni e meccanismo centrale del tono muscolare.

Prof. G. PUPILLI. — L'O. espone i dati sperimentali intorno alla natura e al significato del riflesso miostatico di Sherrington e Liddel e del riflesso tendineo; tratta, in generale, dei riflessi posturali tonico-statici e tassici di origine non labirintica e successivamente dei riflessi labirintici. Prende in esame la legge della innervazione antagonista per lo studio della funzione labirintica come funzione riflessa.

Dopo aver accennato ai recettori del sistema propriocettivo, passa a dire del meccanismo centrale del tono: più specialmente si sofferma sulla funzione del cervelletto. Nella trattazione di questa parte si riporta a dati sperimentali e a dati clinici.

La esposizione dei vari argomenti è stata fatta col corredo di proiezioni.

Il PRESIDENTE ha parole di vivo elogio per l'O.

*Il Segretario*: A. MANAI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### L'ittero come "seconda malattia" nell'infanzia.

K. Dietl (*Wien. Klin. Woch.*, 9 genn. 1934) porta il contributo di alcune sue osservazioni cliniche all'interessante problema di quegli itteri non gravi che compaiono a distanza di qualche giorno da forme febbrili di breve durata (grippe?) e che sono variamente interpretati (v. l'articolo di Hess, *Wien. Kl. Woch.*, 8, 1932, su questo stesso argomento).

In una bambina di 5 anni, in altre due di 8 e 9 — sue sorelle — e nella madre, egli ha osservato, a breve distanza di tempo, prima la presenza per due o tre giorni di febbre senza fenomeni concomitanti, poi la comparsa di un ittero con pigmenti biliari nelle urine e feci acoliche, durato dagli 8 ai 10 giorni.

L'A. ricorda come Hess interpreti l'ittero come una manifestazione di tipo anafilattico, seguente alla manifestazione febbrile primitiva che avrebbe avuto funzione sensibilizzante; secondo questo modo di vedere l'ittero ricorderebbe il reumatismo che segue la scarlattina o la dissenteria: personalmente l'A. non si pronuncia sulla patogenesi del quadro clinico che si limita a descrivere. V. SERRA.

### Condizioni diverse in cui si dilatano le vie biliari principali.

Bérard e Mallet-Guy (*Lyon Chirurg.*, maggio 1933) fanno rilevare come oggi si può affermare che, dilatazione delle vie biliari principali non significa necessariamente stenosi organica a valle.

Lo studio delle vie biliari e del transito biliare con l'esplorazione radiologica al lipiodol dopo operazioni di drenaggio hanno fornito dati interessanti sull'argomento.

Si è visto intanto che, in conformità alla descrizione di Hyrtl (1873), il detto comune non è cilindrico ma ristretto alle due estremità e quindi a forma di fuso.

Pure si è potuto dimostrare che, all'infuori dell'ostruzione meccanica, le vie biliari principali possono dilatarsi:

1) dopo colecistectomia o soppressione funzionale della vescicola;

2) per ipertonia dello sfintere di Oddi;

3) dopo sezione dello sfintere di Oddi o soppressione funzionale di questo (operazione di derivaz. interna).

Dopo la colecistectomia la dilatazione inizia al XV giorno e raggiunge il massimo al 100 giorno. A questa gli AA. attribuiscono alcuni dei casi di recidiva delle sofferenze (dolori, ittero, febbre) nei colecistectomizzati.

In egual modo sostengono che alcune colecistiti croniche sclerose causano disturbi a mezzo della dilatazione concomitante delle vie biliari.

Ne viene di conseguenza che nell'un caso e nell'altro può esser sufficiente il drenaggio medico delle vie biliari a lenire le sofferenze e quando questo sarà insufficiente l'intervento dovrà mirare al drenaggio del coledoco (esterno od interno).

Gli AA. hanno potuto dimostrare come di frequente l'ittero nel corso di pancreatiti croniche non è di origine meccanica ma per dilatazione riflessa delle vie biliari principali.

Come dilatazione delle vie biliari principali può seguire a semplice ipertonia dello sfintere di Oddi, il più spesso secondaria ad infiammazione ampollare o duodenale.

Come negli interventi di derivazione interna della bile, la causa dell'infezione ascendente delle vie biliari risiede in gran parte nella dilatazione riflessa di queste. R. GRASSO.

### La correlazione funzionale tra la vescichetta biliare ed il duodeno.

In un lavoro anteriore Baltacciano e Vasilio (*C. R. Soc. Biologic.*, t. CXV, n. 6, p. 676) dimostrarono che la vescichetta biliare ha movimenti peristaltici, vasomotori, spastici e fibrillari. In generale si ammette una correlazione tra i movimenti vescicolari e quelli del duodeno, costituendo le contrazioni duodenali un fattore primordiale nel vuotamento della vescichetta biliare (Ramon, Popovici ecc.).

Gli AA. hanno studiato nei cani contemporaneamente la funzione dello stomaco, della vescichetta biliare, del duodeno e del colon. Misero così in evidenza l'indipendenza della attività vescicolo-duodenale con le contrazioni gastrocoliche. Trovavano che quando il tono duodenale cade, nella fase di aspirazione, le contrazioni peristaltiche della cistifellea sono pronunciatissime. Quando le contrazioni duodenali sono fortissime i movimenti vescicolari sono deboli. Ma in tali condizioni sperimentali non apparvero contrazioni evacuatrici.

Perciò sembra che l'evacuazione propriamente detta della vescichetta biliare è indipendente dalle contrazioni duodenali. Tale vuotamento dipende dall'eccitamento esercitato dal pasto, o da atti fisiologici (defecazione o vomito) o sotto l'influenza di un colagogo. JURA.

### La diastasuria negli itteri da tumori maligni.

E. Millbourn (*Acta Chirurg. Scandin.*, fasc. III, 1934) ha studiato la diastasuria in 44 casi d'ittero da tumore maligno ed ha osservato in 12 (27 %) un netto aumento.

La causa a cui sembra doversi ricollegare questa aumentata diastasuria si identifica con una azione dannosa del neoplasma sul pancreas. È stato notato che la localizzazione del tumore a livello della papilla di Vater o delle vie biliari estraepatiche dà, più spesso che le

altre localizzazioni, l'aumento della diastasi. In un caso di cancro del pancreas, in armonia con le osservazioni anteriori di Foged, l'aumento della diastasi è mancato. Tali osservazioni ci dicono che l'aumento della diastasi nel corso dell'ittero rende molto poco probabile la diagnosi di cancro del pancreas, mentre sta a favore della litiasi o tumore del coledoco R. GRASSO.

**La diatesi emorragica dell'ittero grave trattata con la bile di bue.**

H. Tennesen (*Lyon Chirurg.*, marzo 1934) ricorda come Seifart ha messo in evidenza che i pazienti con fistola biliare esterna cronica presentano una diatesi emorragica simile agli itterici. E poichè in entrambi i casi c'è una mancanza d'apporto di bile nel canale intestinale, così S. pensa che la diatesi emorragica degli itterici sia la conseguenza di un assorbimento difettoso di grassi e di mancanza di vitamine, e di turbe della assimilazione delle materie calcaree, per cui consiglia il trattamento con lampada di Quarzo onde agire sulla formazione vitaminica.

Tennesen invece ha giustamente pensato che se, causa della diatesi è la mancanza di bile nell'intestino, è meglio dare bile per bocca a questi pazienti.

Ha così trattato varî casi d'ittero grave con somministrazione orale di bile di bue, ottenendo una diminuzione del tempo di coagulazione e l'interruzione di una manifesta diatesi emorragica. R. GRASSO.

**Nuovo metodo per provocare l'escrezione biliare.**

De Nunno (*Rinascenza Med.*, 1° agosto 1933) ricorda brevemente il metodo consigliato da Meltzer e Lyon per provocare la fuoriuscita di bile nel duodeno col *solfato di magnesio*, passa in rivista il metodo di Stepp e Giessen con *peptone* al 5 %, indi viene a descrivere un metodo suo personale che, dopo averlo esperimentato sugli animali l'ha adottato nell'uomo.

L'A., dopo introdotta la sonda di Einhorn nel duodeno, inietta da *5* a *10* gocce di *olio di ginepro* diluito in olio di ulivo; passati 5 minuti aspira con una siringa la prima bile escreta, indi abbassa la sonda e raccoglie in provette i vari tipi di bile. L'A. raccomanda di adoperare l'olio di ginepro e non quello nero di ginepro.

Questo metodo avrebbe i seguenti vantaggi sugli altri:

1) Bastano pochi cc. di liquido per spiegare una energica azione sulla muscolatura della coleciste.

2) Non diluisce la bile.

3) Non ha azione purgativa.

L'A. ha adottato il suo metodo in molti ammalati della 3ª Clinica Medica di Napoli, e dichiara di avere ottenuto sempre buoni risultati. S. SCANDURRA.

**Il trattamento degli edemi negli epatici.**

Dà generalmente risultati poco soddisfacenti. Ad ogni modo, N. Fiessinger e Gotillé (*Journ. méd. franç.*, maggio 1934) danno delle buone indicazioni per la cura di questa complicazione delle malattie epatiche.

Anzitutto, è necessario correggere la pressione idrostatica e s'impone pertanto il riposo in letto. Si provvederà poi all'evacuazione dell'ascite, che talvolta può provocare il riassorbimento dell'edema in 24 ore. Poco effetto ha la riduzione dei liquidi, che invece è tanto utile negli edemi di origine cardiaca; negli epatici, la diuresi si adatta all'ingestione.

È un errore il dare un regime declorurato, poichè la soppressione dei cloruri compromette l'appetito e disturba la digestione gastrica, essi verranno invece ridotti a circa 3 grammi al giorno.

Il cloruro di calcio e di magnesio sono inattivi e mal sopportati dai cirrotici.

Utile è il regime carneo, che però può essere dato soltanto a malati che conservano un eccellente appetito.

Poca influenza ha, sulla diuresi, la somministrazione di estratti tiroidei; meglio agisce il latto-siero, come pure i purganti (acquavite alemanna, aloetici); nulla invece fanno i diuretici renali come la teobromina e la scilla, mentre quelli mercuriali (salyrgan, novasurol e simili) si dimostrano molto utili, specialmente se combinati col riposo in letto e l'evacuazione dell'ascite. Hanno però soltanto azione immediata, provocando una diuresi massiva e senza domani. Se ne fa un'iniezione ogni 8 giorni, ripetendole 4-5 volte; la loro efficacia diminuisce con l'uso. Si deve diffidare di tali rimedi quando il rene è compromesso, sebbene si siano talora ottenuti, in tal caso, dei buoni risultati.

Utili sono le iniezioni endovenose di cianuro di mercurio anche in individui non sifilitici: 1/2 cg. ogni due giorni, interrompendo il rimedio in caso di diarrea o di diminuzione della diuresi. Il novarsenobenzolo può aumentarne gli effetti.

L'opoterapia epatica sembra più efficace per via digerente che per quella sottocutanea. Buoni risultati si ottengono associandovi l'insulino-terapia (10 unità al giorno). *fil.*

**Misure idro-terapeutiche nelle malattie epatiche, della vescica biliare e delle vie biliari.**

Su questo argomento ha fatto una comunicazione alla Società per il progresso della Gastroenterologia di New York, il 24 gennaio 1934, W. Mc. Lellun (*The Review of Gastroenterology*, giugno 1934).

L'idroterapia nelle malattie epatiche è da alcuni disprezzata, da altri esaltata. Essa, per un'esatta applicazione, presuppone conoscenze sicure di fisiopatologia e di farmacologia.

Per quanto riguarda le funzioni del fegato esse sono: la produzione di bile, il deposito di glicogeno, la formazione di urea, e l'escrezione di vari pigmenti, oltre alla funzione disintossicante.

La bile secreta dal fegato contiene il 96-97 per cento di acqua e il 3-4 per cento di sostanze solide; la bile della colecisti contiene 83-86 per cento di acqua e 14-17 per cento di sostanze solide. Ma non soltanto bisogna conoscere la composizione della bile; bisogna anche avere una nozione dello svuotamento della colecisti, che è influenzato dai movimenti respiratori, dai cambiamenti della pressione intraaddominale, dall'elasticità della colecisti, dall'innervazione reciproca della colecisti e del duodeno e dalla composizione del chimo, come pure dalla muscolatura intrinseca della cistifellea stessa e dalla produzione di colecistochilmin (che sarebbe, secondo Ivy e collaboratori una sostanza secreta della parete intestinale, analoga alla secretina che agisce sul pancreas, e che ha azione sulla colecisti.

Le sostanze che hanno maggior potere di esaltare l'attività epatica sono i preparati di bile. Attivi sono anche il solfato di magnesia, i peptoni, il cloruro di ammonio, l'olio di olivo con o senza belladonna, l'acqua di Carlsbad. In un'altra acqua minerale (di Saraloga) ci sono: calcio, sodio, magnesio, ferro, cloro e idrocarbonati; non contiene solfati, come la Carlsbad.

Risultati quasi identici con acque minerali di composizione diversa fanno pensare che vi devono essere dei fattori fisici forse più importanti dei chimici. Alcune acque agirebbero anche per via riflessa provocando la secrezione dell'ormone colecistochimico.

Le acque minerali (di cui in Italia ne abbiamo di ben note e accreditate) vanno prese per bocca e per clistere; vi si può associare l'applicazione esterna di fanghi.

L'A. si diffonde in dettagli tecnici della cura e conclude dichiarandosi nettamente in favore dell'idroterapia nelle malattie del fegato e delle vie biliari. R. LUSENA.

**Il trattamento medico delle colecistiti croniche. (A proposito di un metodo personale).**

M. Chiray, A. Marcotte e R. Le Cannet (*Presse Méd.*, 16 giugno 1934) nel corso di ricerche intraprese per fissare le variazioni provocate e reciproche della calcemia e della calcibilia, hanno constatato l'azione sedativa rimarchevole esercitata da alcuni sali di calcio introdotti endovena e dall'estratto paratiroideo per iniezioni endomuscolari sulle colecistiti dolorose.

Nei malati affetti da colecistite cronica si ottiene con il calcio endovena un miglioramento dello stato generale. un'attenuazione dei dolori spontanei, spesso anche la scomparsa dei dolori provocati con la palpazione della cistifellea, infine una modificazione delle cisti acute, che si fanno più rare e meno gravi.

L'azione dell'estratto paratiroideo è del tutto comparabile a quella del calcio.

Le dosi impiegate dagli AA. sono state, per i sali di calcio, di 5 cc. di una soluzione a 1/10, per iniezioni endovenose quotidiane o a giorni alterni, per un totale di 10-15 iniezioni. L'estratto paratiroideo fu somministrato per via sottocutanea in ragione di 1 cc., cioè 20 unità, ogni giorno, per un totale di 10-15 iniezioni per ogni serie. Generalmente gli AA. hanno praticato una serie di iniezioni di calcio seguita, quasi immediatamente dopo, da una serie di iniezioni di estratto paratiroideo. In alcuni casi hanno alternato le due sostanze, iniettando un giorno calcio e un giorno estratto paratiroideo. I risultati sono stati uguali e costanti.

Quali sono i fattori che determinano il miglioramento? È possibile che l'ipercalcemia, di cui l'azione sul sistema vago-simpatico è ammessa, provochi una modificazione della contrattilità della cistifellea. È inoltre probabile che l'aumento del calcio biliare eserciti una azione sedativa locale sulle pareti delle vie biliari. Tutto ciò resta però nel campo delle ipotesi. C. TOSCANO.

**Contributo alla chirurgia del fegato. (Su un caso di emangio-endotelioma del fegato trattato chirurgicamente).**

Steinberg G. (*Br. Beit.*, 158, 1933) osserva che l'emangio-endotelioma è uno fra i più rari tumori primitivi del fegato. Herxheimer ne ha riuniti 20 casi appartenenti tutti a reperti autoptici. Il caso dell'A. è il primo trattato chirurgicamente.

Un uomo di 45 a. aveva da 3 mesi una grossa tumefazione cistica del fegato causa di disturbi vari, ma di non grave entità.

All'intervento fu trovata una grossa massa cistica del lobo d. e numerose altre sulla superficie inferiore del fegato.

La cisti maggiore contenente coaguli e parti neoplastiche disfatte fu marsupializzata e drenata. Il cavo si colmò in qualche mese.

Dopo 6 mesi il malato era in buone condizioni, ma il volume del fegato era di nuovo molto ingrossato.

L'esame istologico dimostrò un emangioendotelioma.

Di questi tumori si distinguono due forme. La forma più frequente è caratterizzata dal fatto che il tumore origina dagli endoteli capillari, ha uno sviluppo diffuso e possiede proprietà emopoietiche. La seconda forma origina dagli endoteli dei vasi più grossi, ha sviluppo circoscritto, forma piccoli nodi.

La diagnosi clinica non è stata mai fatta. La diagnosi istologica è difficile.

La cura chirurgica è solo palliativa nel senso di ovviare a fenomeni secondari dovuti al grande sviluppo del tumore. La cura chirurgica cozza inoltre contro tutte le difficoltà di tecnica inerenti al fegato. P. STEFANINI.

## SEMEIOTICA.

**Il riflesso delle dita del piede nelle affezioni auricolari dei bambini.**

Se ne occupano A. Malherbe e R. Vilenski. (*Bullet. de l'Acad. de Méd.*, 22 maggio 1934).

Il riflesso delle dita del piede, che rassomiglia a quello di Babinski ma ne differisce per il modo con il quale si provoca e perchè esiste solo nei bambini, consiste essenzialmente nell'estensione dell'alluce con divaricamento a ventaglio delle altre dita.

Si riscontra in un gran numero di ragazzi sordomuti ed in tutti i bambini normali all'inizio o nel corso di un'otite media e si manifesta sia spontaneamente sia a seguito di una pressione esercitata in una determinata regione del cranio. Questo punto corrisponde all'intersezione delle tre suture lambdoidee, occipite-mastoidea e parieto-mastoidea, ossia a livello della fontanella laterale posteriore, e si trova nel ragazzo già grande all'incrocio di una linea tracciata dal punto mastoideo del vertice e di quella orizzontale passata per la sommità del padiglione dell'orecchio. Nei lattanti il punto stesso deve essere ricercato un po' più in basso ed in dietro.

Il fenomeno delle dita è crociato per l'orecchio malato e omolaterale per l'orecchio sano dello stesso malato.

In molti casi per far comparire il fenomeno è necessario esercitare una pressione prolungata sul punto di elezione.

Il riflesso presenta talvolta qualche varietà: 1) estensione dell'alluce con divaricamento simultaneo delle altre dita; 2) estensione dell'alluce accompagnata da flessione delle altre dita, come nel fenomeno di Babinski (se il riflesso è bilaterale le due forme possono coesistere); 3) estensione poco marcata dell'alluce con divaricamento considerevole delle altre dita.

Per ben provocare il riflesso occorre che un assistente estenda parallelamente le gambe del bambino premendo leggermente al di sopra delle ginocchia.

Il segno deve essere esplorato in tutte le affezioni febbrili dei bambini, potendo esso svelare affezioni auricolari che altrimenti rimarrebbero nascoste.

È noto come nei piccoli malati la diagnosi di malattia dell'orecchio è molto difficile, perchè mancano gli indizi forniti dal dolore spontaneo e la sua localizzazione provocata è generalmente difficile a causa dell'indocilità del bambino.

In un certo numero di casi il riflesso oltre che a seguito della pressione del punto d'elezione, può essere spontaneo, ma è preferibile farne sempre la ricerca perchè per lungo tempo quello provocato esiste solo, ed in ogni caso esso rinforza quello spontaneo che si osserva con qualche difficoltà.

Talvolta il riflesso può provocarsi anche prima che si abbia qualsiasi alterazione del timpano, il che proverebbe che le affezioni auricolari possono avere un effetto marcato in profondità prima di manifestarsi nettamente all'esterno.

Il riflesso è crociato, controlaterale, conforme al tragitto della via piramidale.

Sembrerebbe che l'irritazione prodotta dalla pressione intratimpanica sul labirinto si trasmette a mezzo della via piramidale ai muscoli delle dita, dei piedi, sia quando il fenomeno si produce spontaneamente come quando si provoca con l'aumento della pressione al momento della ricerca.

In effetti il riflesso scompare immediatamente con la perforazione del timpano e l'inizio di un flusso copioso. Solo eccezionalmente persiste quando il pus rimane sotto pressione come prima della perforazione, il che è provato dalla pulsazione, dall'arrossamento e dal gonfiore del timpano.

Nelle mastoiditi il fenomeno è meno costante, e comunque si provoca solo a seguito di una pressione prolungata.

Il segno è presente costantemente in tutti i bambini affetti da affezioni auricolari con età inferiore ai due anni, qualunque sia la forma di otite, più o meno in quelli con età di cinque o sei anni, e raramente in quelli che hanno oltrepassata tale età.

Sotto narcosi il riflesso si ha nella sua forma tipica anche quando non è chiaro nello stato di veglia. DR.

## NOTE DI PROFILASSI.

**La profilassi delle complicazioni bronco-polmonari postoperatorie.**

D. Falcioni (*Rivista medica*, 1934) rilevando la frequenza e la gravità delle complicazioni bronco-polmonari postoperatorie, ritiene che la causa precipua di queste va attribuita essenzialmente al raffreddamento brusco che si verifica il più delle volte al ritorno dell'operato in corsia, dalla camera operatoria per necessità di cose, la temperatura viene mantenuta notevolmente elevata.

Tale raffreddamento consecutivo al soprariscaldamento avrebbe per effetto di rompere l'equilibrio dell'organismo con i saprofiti delle proprie vie respiratorie, determinandone la virulentazione.

Tale modo di vedere è appoggiato da varie considerazioni. 1) La relativa rarità delle dette complicazioni nella stagione calda, in cui permangono tutti gli altri fattori possibili, ma ne è escluso quello del raffreddamento. 2) La rarità di esse nei piccoli ospedali e nelle case di salute, dove le probabilità di raffreddamento sono minori. 3) I risultati ottenuti da Cevario (Ved. questo giornale, Sez. prat., 1931, n. 31) che tenendo i malati, 24 ore prima e 24 dopo l'intervento in locali comunicanti con la camera operatoria ed aventi la stessa temperatura.

In base a tali concetti, la profilassi delle complicazioni bronco-polmonari, che danno un contributo non indifferente alla mortalità operatoria, potrebbe farsi agevolmente evitando il brusco raffreddamento.

*fil.*

# POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. N. A., V.:

Non essendovi controindicazioni l'olio cloroformico può somministrarsi anche dopo due o tre giorni sempre che il tenifugo non abbia fatto alcun effetto e siano stati emessi solo pochi anelli maturi. Se però dopo il Tenifugo Violani venne espulso lo strobilo quasi intero (escluso lo scolice), allora tanto l'olio cloroformico come qualunque altro antielmintico debbono somministrarsi quando cominciano a ricomparire nelle feci spontaneamente gli anelli maturi.

G. A.

# VARIA

**Influenza della castrazione sull'erotismo femminile.**

E. Zola, nel suo volume « Fecondité », libro moralissimo nonostante le contrarie apparenze e che oggi, in pieno rifiorire del problema demografico è di palpitante attualità, parla di una donna che, per meglio assaporare le gioie dell'amore senza preoccupazioni di sorta, si fa togliere le ovaie. Ma, del suo delitto contro la natura procreatrice, rimane punita perchè in seguito decade rapidamente e diventa apatica ed insensibile.

Il problema del permanere o meno degli istinti sessuali dopo la castrazione è stato diversamente risolto dai vari autori. Per gli uomini, il permanere sarebbe confermato dalla esistenza degli « spadones » dell'antica Roma, nei quali nonostante la castrazione persistevano l'erezione ed una certa dilettazione sessuale, come ne fanno fede, fra gli altri S. Agostino e Sisto V, che in una lettera al Nunzio di Spagna ne proibiva il matrimonio.

Anche l'osservazione su animali castrati, del resto, conferma che in qualche caso rimane un certo istinto sessuale per cui i maschi compiono dei tentativi di accoppiamento e le femmine si prestano alla copula che, nell'animale normale viene invece energicamente rifiutata fuori dei periodi dell'estro.

La teoria endocrina può essere invocata per spiegare la scomparsa dell'istinto sessuale, per il mancato apporto della secrezione interna delle gonadi. Ma può anche addursi per spiegare il permanere di esso, sia per la persistenza di qualche residuo di ghiandole (cosa facile nella castrazione per schiacciamento), sia per la supplenza di altre ghiandole endocrine, fra cui specialmente la « bonne a tout faire », la pituitaria. Fichera, di fatto, dimostrò per il primo che negli animali ovariectomizzati, si ha ipertrofia dell'ipofisi, con iperfunzione delle cellule cromofile. Tale ipertrofia compensatrice si manifesterebbe essenzialmente nel lobo anteriore e spiegherebbe, secondo Graves, la persistenza dell'impulso sessuale nelle donne castrate. E non deve essere trascurata la possibile ingerenza dei surreni, di cui è nota l'azione virilizzante.

In uno studio sull'argomento, A. Guitarte e R. Melgar (*Prensa medica argentina*, anno XX, n. 51) riportano, con le statistiche di vari autori anche le proprie osservazioni su 96 donne ovariectomizzate per affezioni varie e rivedute dopo un periodo di 1-5 anni. Risulta da queste che, nella donna adulta, con buona erotica nervosa e pratica sessuale l'intervento ha scarsa influenza sull'impulso e sull'organo che durano a lungo, pure scomparendo prima che nella donna normale (permanenza dell'impulso 31,4 %, dell'orgasmo 33,52 %).

In una discreta percentuale di casi, si è avuto un aumento in entrambe le condizioni (impulso 21,63 %, orgasmo 23,14 %), da attribuirsi sia alle condizioni delle vie genitali che ostacolavano il godimento, sia al timore della gravidanza che frenava gli impulsi.

In altri casi, si è avuta diminuzione (dell'impulso nel 25,59 %, dell'orgasmo nel 32,57 %), od addirittura scomparsa (rispettivamente 28,96 % e 24,94 %).

Predomina, quindi la normalità od una lieve diminuzione, il che può essere spiegato con la grande importanza che ha in tali faccende il sistema nervoso, che rimane erotizzato anche dopo la scomparsa della funzione ghiandolare, il che spiega inoltre il permanere dell'erotismo di molte donne dopo la menopausa. I centri nervosi hanno acquistato una certa autonomia, le abitudini, le condizioni psichiche, i fenomeni di autosuggestione agiscono nel senso di mantenere ad un certo livello l'istinto sessuale.

Le condizioni anatomiche residuanti possono agire in duplice senso sia nell'eliminare i fattori di dispareunia (ritorno dell'impulso e dell'orgasmo) sia invece creandone dei nuovi (cicatrici dolorose, brevità della vagina nell'isterectomia totale). Dal punto di vista psichico, le donne castrate possono dividersi in due categorie; la prima di quelle che temevano una gravidanza e che, liberate da tale timore, godono pienamente nelle funzioni sessuali; altre invece che, per un falso concetto del loro stato, si credono incapaci di godimento o si considerano come impotenti, stabilendosi così delle condizioni favorevoli per la frigidità sessuale.

A. FILIPPINI.

# POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

## L'ordine delle preferenze nei concorsi.

Il nuovo testo unico della legge comunale e provinciale aveva già regolato l'ordine delle preferenze, con norme organiche e chiare. Ma permanevano condizioni di incertezza per i concorsi non soggetti a quelle disposizioni. Era necessario precisare, coordinare norme particolari, spesso contrastanti, e, meglio, unificare il sistema delle preferenze. A questa esigenza corrisponde il decreto legge 5 luglio 1934, n. 1174, che ha efficacia di ordinamento generale e comune a tutti i concorsi pubblici.

Eccone le disposizioni:

Art. 1. — « L'art. 21 del r. d. 11 novembre 1923, n. 2395 è sostituito dal seguente:

« Fermi i diritti concessi agli invalidi di guerra dalla legge 21 agosto 1921, n. 1312, nei concorsi per le ammissioni alle singole carriere sono preferiti, a parità di merito:

1. gli insigniti di medaglia al valore militare;
2. i mutilati o invalidi di guerra e i mutilati o invalidi per la causa fascista;
3. gli orfani di guerra o dei caduti per la causa fascista;
4. i feriti in combattimento nonchè quelli per la causa fascista quando siano in possesso del relativo brevetto e risultino inscritti ininterrottamente al Partito Nazionale Fascista dalla data dell'evento che fu causa della ferita;
5. gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, e coloro che sono in possesso del brevetto di partecipazione alla Marcia su Roma, purchè ininterrottamente inscritti ai Fasci di combattimento da data anteriore al 28 ottobre 1922;
6. i figli degli invalidi di guerra e degli invalidi per la causa fascista;
7. le madri, le vedove non rimaritate e le sorelle vedove o nubili dei caduti in guerra o per la causa fascista;
8. coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti oppure che risultino regolarmente iscritti ai Fasci di combattimento senza interruzione da data anteriore al 28 ottobre 1922;
9. coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno, nell'Amministrazione presso cui è indetto il concorso;
10. coloro che rivestano la qualifica di ufficiali di complemento, ferme le eccezioni previste all'art. 10 del R. decreto 31 dicembre 1923-II, n. 3224, nei confronti di coloro che non abbiano potuto frequentare i corsi allievi ufficiali perchè non idonei fisicamente, e degli iscritti della leva di mare che non abbiano potuto conseguire il grado di ufficiale di complemento per ragioni indipendenti dalla loro volontà;
11. i coniugati, con riguardo al numero dei figli.

« Fra i concorrenti che appartengono ad una delle categorie indicate ai numeri 1 a 10 hanno la precedenza, nelle categorie medesime, salvo le eccezioni predette, i coniugati, e fra questi coloro che hanno maggiore numero di figli.

« La preferenza di cui al n. 11 del comma 1, e al comma 2 del presente articolo non si applica ai Corpi armati dello Stato, delle Provincie, dei Comuni, nonchè al personale femminile addetto all'assistenza dei malati di mente degli ospedali psichiatrici, siano essi istituti amministrati direttamente dalla Provincia, ovvero istituzioni pubbliche di beneficenza.

« In via subordinata, nelle categorie indicate ai numeri 1 a 8 e ai numeri 10 e 11 hanno la precedenza coloro che prestino comunque lodevole servizio nelle Amministrazioni dello Stato.

« Quando la precedenza non può essere stabilita in base alle norme suindicate per parità di requisiti, essa è determinata dalla età ».

Art. 2. — « L'articolo precedente è esteso alle ammissioni agli impieghi presso le Amministrazioni delle Provincie, dei Comuni, delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e delle aziende municipalizzate nonchè degli enti, istituti ed aziende, comprese quelle di trasporto, in gestione diretta, amministrate o mantenute col concorso delle Provincie, dei Comuni e delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza o dei relativi consorzi ».

Poche osservazioni. Come prima, i titoli di preferenza non limitano il potere di scelta, quando sia attribuito dalla legge o da regolamenti generali o locali; modificano, invece, l'ordine della graduatoria nei casi di uguale idoneità. Fra due o più concorrenti compresi nello stesso grado, per capacità specifica, prevale chi ha titolo di preferenza.

Il conflitto di più titoli è risoluto dalla speciale efficacia che risulta dall'ordine di prevalenza stabilito dal decreto.

La Commissione, formata la graduatoria in base all'accertamento della idoneità specifica, in rapporto allo scopo del concorso, esamina i titoli di preferenza valutabili e, qualora se ne verifichino le condizioni, modifica l'ordine precedente.

L'autorità deliberante può sostituirsi alla Commissione per questo adempimento.

Ai mutilati e invalidi di guerra prevalgono « gli insigniti di medaglia al valore militare »; ma limitatamente alle preferenze.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico

Se, invece, si verifichino le condizioni previste dalla legge 21 agosto 1921, ha effetto una causa di *precedenza assoluta*, perchè il concorrente mutilato o invalido ha diritto alla nomina, se sia dichiarato idoneo, non abbia occupazione di impiego e siano accertate le altre condizioni colle quali è subordinato l'esercizio di questo singolare ma meritato diritto.

È ora precisata la efficacia della preferenza stabilita dalla legge per l'incremento demografico: se ne discusse; la giurisprudenza la ridusse nei minimi termini, con interpretazione reattiva, alla quale si uniforma il decreto sopra indicato, relegando quel titolo al grado medesimo.

È causa di preferenza anche il servizio lodevolmente prestato per la stessa Amministrazione che provvede al concorso: si intende però che la prestazione sia identica a quella che è oggetto della nomina. Per questo effetto è valido anche il servizio prestato per titolo interinale o di supplenza e, sia pure, per semplice incarico: si considera ed è rilevante l'*attività qualificata lodevole* e non il titolo in base al quale è esercitata.

L'età è valutabile soltanto nel caso di uguaglianza di ogni altra condizione.

---

**RISPOSTE A QUESITI PER QUESTIONI DI MASSIMA.**

82º *Dottor I. F.* (R.). — Il Comune è obbligato alla assistenza sanitaria dei poveri mediante la organizzazione della condotta medica. È inoltre tenuto a pagare le spese di spedalità nei casi stabiliti dalla legge. Questi sono i limiti dell'obbligo legale. Se un iscritto nell'elenco dei poveri, è ricoverato, sia pure per urgenza, in una casa di salute privata, o, comunque, è assistito da un libero esercente, è da ritenere che il Comune non sia obbligato a remunerare tale prestazione, salvo che ne abbia esso assunto valido impegno con speciale provvedimento.

83º *Dottor G. P.* (V.). — Il contributo alla Cassa di Previdenza, per la quota dovuta dal sanitario condotto, è un obbligo di esso e l'importo non deve essere detratto dallo stipendio prima che abbia effetto la riduzione del 12 %.

84º *Dottor G. V.* (F.). — Si può ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale contro il provvedimento di nomina, anche per illegittimità del giudizio della Commissione, nel termine di giorni 60 dalla comunicazione del provvedimento stesso. Il ricorso, per il quale devono essere osservate speciali norme, deve essere sottoscritto da un avvocato esercente in Cassazione ed ha poi il suo svolgimento in contraddittorio.

85º *Dottor P. R.* (L.). — Se al direttore o al medico della cattedra di assistenza materna non è *espressamente* vietato l'esercizio della professione, è legitttima l'attività libera anche nei comuni nei quali esercitino la professione altri medici.

86º *Dottor Z. V.* (M.). — L'avviso del concorso può essere legittimamenente annullato se effettivamente non abbia avuto sufficiente pubblicità. Si deve, quindi, considerare in concreto la pubblicazione che ne è stata fatta.

I concorrenti devono avere comunicazione dell'eventuale annullamento o della riapertura dei termini, che equivale a quello. Dato che il provvedimento sia illegittimo, si può ricorrere contro di esso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale. Annullato il concorso, la somma pagata deve essere restituita o utilizzata per il nuovo concorso. Non è il caso, frattanto, di pensare ad azione di danno. Anche se il provvedimento fosse annullato e, quindi, l'amministrazione dovesse completare il procedimento nel primo concorso, la conseguenza sarebbe la condanna alle spese del giudizio.

87º *Dottor A. T.* (S. C.). — Lo stipendio minimo anche per gli ufficiali sanitari è stabilito dalla G. P. A., per tutti i Comuni della Provincia. La condizione economica dei singoli ufficiali sanitari, in ogni caso non inferiore a quella fissata dalla G. P. A., è regolata dal Comune, con l'approvazione dell'autorità tutoria.

88º *Dottor C. S.* (C.). — Le campagne di guerra non sono valutate a parte, ma sono utili agli effetti del conseguimento del diritto a pensione e della misura di questa. Quindi, la Cassa di previdenza fa valutazione complessiva del servizio e delle campagne di guerra, per le quali non è dovuto contributo.

89º *Dottor G. M.* (N.). — La giurisprudenza del Consiglio di Stato ha ritenuto che i sanitari condotti non possano essere collocati a riposo per limiti di età, se questo potere non sia attribuito all'amministrazione comunale dal capitolato o dal regolamento organico. Con varie sentenze ha quindi dichiarato illegittime le deliberazioni di dispensa dal servizio per limiti di età tutte le volte, ripeto, che questa forma di cessazione del rapporto di impiego non era prevista nel regolamento comunale. Ha invece ritenuto che nel regolamento stesso possa essere stabilita la dispensa per limiti di età. Il Ministero dell'Interno, invece, con circolare comunicata ai Prefetti, ha ritenuto illegittima anche la disposizione del capitolato che questa forma di dispensa preveda e ne ha ordinato l'annullamento. Ma, se si tratta di contestazione giurisdizionale, si deve tener conto del diverso indirizzo della giurisprudenza del Consiglio di Stato.

---

*N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni casi, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.*

*Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini,* **sono gratuiti.**

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ABBIATEGRASSO (*Milano*). — *Ospedale di Circolo « Costantino Cantù »*. — È aperto il concorso al posto di Direttore e Medico Primario dell'Ospedale con letti 140; stipendio L. 16.000 decurtato del 12 e dell'8 % ed al lordo di tutte le trattenute di legge. Quattro aumenti quinquennali di un decimo. Alloggio gratuito con riscaldamento ed illuminazione. Partecipazione ai proventi di cura dei paganti. Documenti di rito, più libera docenza in Patalogia Speciale Medica od in Clinica Medica Generale, con documenti comprovanti speciale competenza in tisiologia. Scadenza del concorso ore diciotto del 20 settembre 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale di Abbiategrasso.

ALESSANDRIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 sett., ore 17; direttore ambulante di tutte le Sezioni Dispensariali; L. 18.000 oltre L. 4000 serv. att.; deduzione 22 % e altre ritenute di legge; trasferte e diarie. Chiedere annunzio. Titoli ed esami. Rivolgersi Segreteria del Consorzio, corso Roma 20.

AVELLINO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 ott.; direttore della Sezione dispensariale di Ariano Irpino; L. 7000 oltre L. 2100 serv. att., aumenti; età limite 45 a.; 2 anni di abilitaz. all'esercizio profess.

BELMONTE PICENO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 ott.; L. 9000 oltre L. 2700 automob. o cavallo; L. 500 assegno laurea; L. 500 se uff. san.; addizionali L. 5 e L. 4 oltre il 25 % della popolaz.; età limite 40 a.

BIBBIENA (*Arezzo*). — Scad. 5 ott.; 1ª condotta; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; c. v.; L. 1100 se uff. san.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Scad. 31 ag., ore 17; medico assistente; titoli ed esami; L. 4500 oltre supplem. L. 10,20; riduzioni; età limite 30 a. Chiedere annunzio.

CANALE D'ISONZO (*Gorizia*). — Scad. 12 ott.; L. 10.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 600 serv. att.; c. v.; L. 3000 automob. obbligat.; L. 1000 se uff. san.; età limite 40 a.; tassa L. 50.

CARMAGNOLA (*Torino*). *Ospedale San Lorenzo.* — Scad. 25 ott.; chirurgo; L. 3344 oltre 20 % operazioni. Rivolgersi Segreteria.

CASTIGLIONE TINELLA (*Cuneo*). — Scad. 30 ag.; L. 8000 oltre L. 4000 obbligo automob.

COMO. *R. Prefettura.* — Scad. 30 sett., uff. san. per Bellano e uniti; l'indennità per mezzo di trasporto è aumentata da L. 3500 a L. 6000.

CONSELICE (*Ravenna*). — Scad. 20 sett.; per S. Patrizio; L. 9000 oltre L. 2500 cavalc., c.-v.

CORTILE (*Parma*). — Scad. 31 ag.; 2ª condotta; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; indenn. trasp. variabile; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

DIMARO (*Trento*). — Scad. 21 ag.; con Commezzadura; rivolgersi Segreteria com.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Scad. 30 ag.; assistenti effettivi nei reparti di medicina e chirurgia; titoli ed esami; L. 4500 oltre compensi per guardie e servizi notturni. Chiedere annunzio. Rivolgersi Segreteria (Ospedale di S. Martino).

LANCIANO (*Chieti*). — Scad. 30 sett., ore 12; due condotte; L. 7000 e 5 quadrienni dec., esclusa qualsiasi indennità caval., c. v., ed altro; riduzioni; tassa L. 50,10; età limite 40 a.; al 1° agosto. Chiedere annunzio.

MESSINA. *Comune.* — Scad. 7 sett.; 6ª condotta; L. 9500 aumentabili, oltre L. 500 serv. att.; età limite 35 a. al 24 lug.; tassa L. 50,10.

MONTORIO NEI FRENTANI (*Campobasso*). — Scad. 31 ott.; L. 6500; ritenute; tassa L. 50,10.

PANNARANO (*Benevento*). — Concorso al posto di medico condotto. Stipendio L. 7000, lordo riduzioni 1930 e 1934; 5 aumenti quadriennali del decimo; età 35 a. salvo eccezioni di legge. Scadenza ore dicianove del 1° ottobre 1934-XII. Rivolgersi Municipio.

POGGIO BUSTONE (*Rieti*). — Scad. 24 ag.; L. 10.500 per 1000 pov.; L. 400 uff. san.; L. 2200 (ridotte solo del 12 %) trasp.; età limite 25-45 a.; tassa L. 50.

ROCCADASPIDE (*Salerno*). — Scad. 5 sett.; L. 6500 e 4 quadrienni dec.; età limite 40 a.; tassa L. 50.

TERAMO. *Ospedale Sanatoriale « Alessandrini-Romualdi »*. — Scad. 15 ag.; direttore primario medico; L. 20.454 e 2 quinquenni dec., c.-v., partecipaz. 50 %; tassa L. 50. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

---

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In seguito al concorso per titoli per la nomina del direttore medico primario dell'Istituto ospitaliero Dermosifilopatico di S. Maria e S. Gallicano in Roma, il R. Commissario dei RR. Istituti fisioterapici ospitalieri, in base ai risultati cui è pervenuta la Commissione giudicatrice, ha nominato al posto anzidetto il prof. dott. Pier Angelo Meineri, vincitore del concorso col massimo dei voti. — Sentiti rallegramenti.

Al comm. prof. Andrea Cristiani, direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Lucca, con R. Decreto è stata dal Ministero dell'Interno conferita la medaglia d'argento al merito della Sanità Pubblica. La consegna della medaglia è stata fatta al prof. Cristiani da S. E. il Prefetto alla presenza delle autorità del corpo amministrativo e sanitario dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Lucca.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

*Cavalieri*: Maurizio Ascoli, Palermo; Alessandro Bertino, Padova; Luigi D'Amato, Napoli; Sante Pisani, Firenze; Gaetano Quagliarello, Napoli.

Ordine della Corona d'Italia.

*Ufficiali*: Alessandro Aliquò Mazzei, Siena; Francesco Angelico, Palermo; Alessandro Baldoni, Bari; Gaetano Cutore, Catania; Virgilio Ducchesi, Padova; Sebastiano Gussio, Catania; Osvaldo Polimanti, Perugia; Giovanni Sai, Milano; Francesco Tinozzi, Napoli.

*Cavalieri*: Biagio Alajmo, Catania; Vito Maria Buscaino, Catania; Giuseppe Castorina, Messina; Parinio Ceppellini, Milano; Enrico Forster, Milano; Vincenzo Lo Cascio, Messina; Leonida Manini, Roma; Pietro Redaelli, Catania; Vincenzo Virno, Roma; Amedeo Volta (detto Dalla Volta), Catania.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori Angiolo Fabris, in anatomia e istologia patologica; Stefano D'Este, in clinica chirurgica e medicina operatoria; Giorgio Segrè, in clinica dermosifilopatica; Salvatore Scandurra, in clinica delle malattie delle vie urinarie; Renato De Nunno, Tommaso Lucherini, Mario Massa, in clinica medica; Ferruccio Pasquini, Camillo Silva, in clinica ostetrica ginecologica; Ignazio Gatto, in clinica pediatrica; Giovanni Caso, Luigi Di Persico, Luciano Vernetti-Blina, in medicina del lavoro; Giulio Menesini, in medicina legale; Aimone Brunetti, Giulio Csernyei, in odontoiatria e protesi dentaria; Ernesto Bussola, Luigi Croci, in oftalmologia e clinica oculistica; Raffaele Palma, in patologia speciale chirurgica; Vincenzo Paolo Cavallaro, Raimondo Doria, in patologia speciale medica; Giuseppe Bignami, Mario Bacigalupi, Mario Lambranzi, Mario Muzii, Giovanni Paltrinieri, in radiologia; Felice Parodi, in tisiologia.

Il prof. Friedrich Meggendorfer è chiamato alla cattedra di psichiatria di Amburgo, quale successore del prof. Specht, nominato emerito.

Il prof. Otto Ullrich, già direttore dell'Ospedale Imperatrice Augusta Vittoria a Berlino-Charlottenburg, è chiamato alla cattedra di pediatria di Essen.

Il dott. F. S. Lederer è nominato titolare della cattedra di oto-rino-laringologia dell'Università dell'Illinois a Chicago, in sostituzione del prof. N. H. Pierce, nominato emerito.

## NOTIZIE DIVERSE.

**Congressi di stomato-odontologia.**

A Milano ed a Como, dal 29 luglio al 4 agosto, hanno avuto luogo il 21° Congresso stomatologico italiano, la 28ª Sessione della Federazione dentaria internazionale e la 3ª riunione dell'A.R.P.A. internazionale che si occupa dei rapporti della odontologia colla medicina generale.

Il Congresso è stato promosso dalla Federazione stomatologica italiana presieduta dal prof. Lippo, della R. Università di Napoli.

L'inaugurazione ha avuto luogo nell'aula magna della R. Università di Milano.

I 350 aderenti tra italiani e stranieri erano quasi tutti presenti.

Apre la serie dei discorsi il prof. Fasoli, presidente del Comitato ordinatore, il quale anche a nome del Rettore Magnifico dell'Università, saluta le autorità e i congressisti, e specialmente i rappresentanti delle Associazioni straniere. Ricorda che ventisei anni or sono in Milano ebbe origine la prima Scuola nazionale di odontoiatria post-universitaria che tanto fece per la dignità e l'elevazione della categoria degli specialisti, i quali finalmente nell'era fascista hanno ottenuto il riconoscimento della loro importanza nella classe medica. Rileva poi il rifiorire delle ricerche stomatologiche.

Segue il prof. Lippo, il quale nota l'alto significato della partecipazione di numerosi stranieri al Congresso come onore fatto alla stomatologia italiana. Rivolge un vivissimo ringraziamento all'on. prof. Perna che come gerarca della classe, dedica le sue energie per il miglioramento della disciplina medica. Rievoca la nobilissima figura di Carlo Platschik, che fu il primo presidente dell'Associazione, ed è giustamente considerato il primo artefice del movimento ascensionale della stomatologia italiana. E rievocando il suo grande spirito animatore afferma che in disciplinata unione, sotto il segno del Littorio, si possono raggiungere le mete per le maggiori glorie della Stomatologia italiana.

L'on. prof. Perna dopo un cordiale ringraziamento agli intervenuti e il suo vivo compiacimento per la riuscita del Congresso eleva il pensiero al Capo del Governo, ringrazia l'on. Morelli, capo del Sindacato medico, rivolge un caldo saluto agli stranieri e specialmente al prof. Villain, capo della gloriosa Scuola di Parigi, il quale nei Congressi internazionali ha esaltato sempre l'opera del Duce, e la legislazione da Lui voluta per la stomatologia.

Dopo la lettura delle numerosissime adesioni fatta dal segretario dott. Priolo, i rappresentanti stranieri prendono ciascuno la parola. Parlano Jaccard (Svizzera); Villain (Francia); Pichler (Austria); Joachin (Belgio); Rowelett (Canadà); Czerny (Cecoslovacchia); Haderup (Danimarca); Rop (Francia); Guy (Inghilterra); Krikos (Grecia); von Hasselt (Olanda); Hutten (Irlanda); Franchini (Italia); Waldbilly (Lussemburgo); Braun (Polonia); Jaccard (Svizzera); Weski (Germania); Goia (Italia).

In fine di seduta sono stati inviati telegrammi di devozione, omaggio e saluto, a S. M. il Re, a S. E. il Capo del Governo, a S. E. Starace, all'on. Morelli.

A Como si sono poi svolti i lavori. Nella prima seduta l'on. Perna lesse una relazione sulla « For-

za della legislazione odontologica fascista e sua benefica influenza sul progresso della legislazione odontologica nel mondo ».

Ebbero anche luogo varie altre relazioni e comunicazioni, d'italiani e di stranieri. I lavori del congresso culminarono poi in una lezione del sen. Pende sul tema « Endorinologia ed alterazioni dentarie », limpida e piana nella forma, ricca di vedute originali e di considerazioni sintetiche; essa dette origine a viva discussione, chiusa dal Pende. Questi, su proposta del prof. Jaccard, è stato nominato socio onorario della A. R. P. A.

Il Congresso ha deliberato di offrire una medaglia d'oro all'on. prof. Amedeo Perna, per la opera tenace, continua e coraggiosa da lui svolta per l'elevazione della cultura stomatologica, per la propaganda della profilassi e della igiene orale a favore del miglioramento della razza e per la difesa degli interessi morali e materiali della categoria — quale segno tangibile di riconoscenza.

Alla chiusura il prof. Perna ha pronunziato un applauditissimo discorso di congedo. L'assemblea si è sciolta acclamando al Duce.

* * *

I congressisti hanno partecipato a trattenimenti ed a gite; hanno fatto una visita di omaggio al « Popolo d'Italia ». Un banchetto ha raccolto i congressisti a Villa d'Este.

Al Congresso è stata unita una riuscitissima Mostra.

**2ª Conferenza Internazionale per la standardizzazione delle unità vitaminiche.**

Si è riunita a Londra nei giorni 12-13-14 giugno la Commissione Internazionale sotto gli auspici della Società delle Nazioni per la standardizzazione delle unità vitaminiche.

Sulla base dei progressi compiuti nel campo delle vitamine dopo l'ultima Conferenza riunitasi a Londra nel 1931 sono state adottate le nuove unità vitaminiche per le titolazioni internazionali.

Facevano parte della Commissione: Dr. Nelson, (Departiment of Agriculture, Stati Uniti d'America), Prof. Steenbock (Università di Wisconsin. S. U. A.), Prof. Szent Gyiorgyi (Università di Szegd, Ungheria), Mme Randoin (Ecole pratique des Hautes Etudes, Parigi), Prof. Jansen (Università di Amsterdam), Prof. Drummond (University College, Londra), Prof. Fredericia (Università di Copenaghen), Prof. Poulson (Istituto di Stato delle vitamine, Oslo), Prof. von Euler (Università di Stoccolma), Prof. Di Mattei (Università di Pavia, Italia), Prof. Mellamby (Medical Research Council, Londra), Dr. Chik (Lister Istitut, Londra), Dr. Aykroyd (Sez. Igiene, Società delle Nazioni).

**Il Sanatorio "Vittorio Emanuele III" della provincia di Alessandria.**

A tre chilometri da Alessandria, nell'assolata regione Cantarana, è sorto, ed è ormai prossimo a completamento, il Sanatorio provinciale « Vittorio Emanuele III » che costituisce uno dei più utili ed arditi lavori che, nell'anno XII, il Regime consegnerà alle generazioni nuove.

Fin dal 1925 sorse nella mente dell'allora Presidente della Deputazione provinciale e, oggi, Preside della Provincia, l'idea che dall'Amministrazione fossero gettate le basi per la costruzione di un sanatorio provinciale, da intitolarsi all'augusto nome del Re Vittorioso, in occasione ed a celebrazione del suo venticinquesimo anno di regno.

Costituitosi un Comitato esecutivo, ne veniva chiamato a far parte il sen. Teresio Borsalino. Fu aperta una sottoscrizione popolare per la raccolta dei fondi necessari, ed è oggi commovente rilevare dalle liste come tutte le categorie del popolo, e, in primo luogo operai e contadini, abbiano, tra loro, gareggiato per offrire il contributo richiesto. Un ingentissimo contributo è stato dato dal sen. Borsalino.

L'area occupata dal sanatorio si estende per circa 95 mila metri quadrati ed in essa, oltre gli edifici, s'addensa una vasta pineta appositamente piantata; la terra sarà ammorbidita da aiuole e percorsa da densi viali.

L'edificio principale, schematicamente presenta la forma di una H, nella quale i lati lunghi e paralleli sono orientati in modo che le fronti più estese volgono nella direzione nord-sud, con una deviazione propizia ad assicurare alle facciate a mezzogiorno la più lunga esposizione ai benefici raggi solari. In queste fronti appunto sono sistemate le camerate e le infermerie con i loro terrazzi, ampi e solatii. Nel fronte esposto a nord sono sistemati invece i servizi ed hanno sfogo i corridoi.

I due padiglioni dei degenti, distinti l'uno dall'altro secondo i sessi, e lunghi ciascuno cento metri, sono a due piani fuori terra con un semisotterraneo.

Gli edifici secondari sono disposti attorno a quello principale in modo asimmetrico, ma rigorosamente logico: l'abitazione del direttore, la portineria con l'alloggio, per il custode, le autorimesse con l'alloggio per gli autisti, l'abitazione delle infermiere, la chiesa e l'abitazione del cappellano, la lavanderia.

Gl'impianti, che assicurano al nuovo sanatorio un funzionamento quasi completamente indipendente, sono stati progettati ed eseguiti con larghezza di vedute. L'impianto di riscaldamento dell'edificio principale è a termosifoni. Vi è poi l'impianto indipendente per il riscaldamento delle sale operatorie e di visite mediche, necessario anche durante la stagione mite. Funziona infine un congegno a vapore con caldaia ad alta pressione per le sterilizzazioni e disinfezioni di stoviglie, e con caldaia a bassa pressione per il riscaldamento dei bollitori. L'energia elettrica necessaria al funzionamento del sanatorio (circa 300 Kw.) è distribuita ai varii edifici a mezzo di una rete di cavi sotterranei. Con egual sistema sono state impiantate le linee telefoniche. L'acqua potabile è fornita da una stazione di sollevamento, che eroga 350 litri al minuto.

Ottobre, mese fausto alla Rivoluzione fascista, consacrerà quest'opera imponente alla Maestà del Re.

**Corsi di perfezionamento.**

Un corso di cultura di farmacologia e pratica della ricettazione si terrà nell'Istituto di Farmacologia e Terapia della R. Università di Pisa, diretto dal prof. I. Simon, dal 17 settembre al 13 ottobre.

Possono inscriversi i laureati in medicina e chirurgia, in chimica e farmacia, in farmacia ed i diplomati in farmacia, nonchè i laureandi in medicina e chirurgia che debbono conseguire la lau-

rea nella sessione autunnale di quest'anno scolastico.

Per essere ammessi è necessario presentare: domanda in carta da bollo da L. 3, indirizzata al Rettore; certificato degli studî fatti; ricevuta della tassa di L. 150 da pagarsi alla Cassa universitaria od un vaglia postale o assegno bancario per la somma di L. 150,50, intestato all'Economo dell'Università.

Alla fine del corso sarà rilasciato, ad ogni iscritto che lo abbia frequentato, un certificato di frequenza, a termine delle disposizioni vigenti.

**Un po' dovunque.**

In una riunione dei rappresentanti le case private di cura tenutasi a Londra, il direttore dei servizi sanitari inglesi, sir George Buchanan, lesse una relazione sulla cooperazione tra ospedali pubblici e privati. Risultò che in Inghilterra gli ospedali generici municipali sono 860, capaci di 143 mila letti; quelli privati 990, capaci di 72 mila letti; inoltre vi sono 130 ospedali e sanatori pubblici per tubercolotici e 135 privati, con 9000 letti; 172 ospedali psichiatrici, con 139.000 letti; 1310 ospedali d'isolamento, con 194.000 letti: complessivamente più di 3500 istituti ospedalieri, con oltre mezzo milione di letti, senza contare quelli militari e per corpi militarizzati.

L'Associazione americana dei medici scolastici ha tenuto la sua adunanza annuale il 27 giugno, alle Saratoga Springs. Sono stati nominati: presidente il Dr. Charles H. Keene, Buffalo; segretario generale il Dr. William A. Howe, New York State Department of Education, Albany.

L'8° congresso francese di stomatologia si terrà a Parigi dall'8 al 13 ottobre, sotto la presidenza del dott. Marcel Béliard. Temi: « Le grandi sindromi ematiche e loro manifestazioni boccali »; « Complicazioni locali prossime e complicazioni generali dei disturbi dell'articolazione dentale ». Quota d'iscrizione 100 fr., da inviare al Dr. Boutroux, rue des Sablons 22, Paris. Segretario generale: Dr. Jean Vilenski, rue de Phalsbourg 5, Paris.

Un congresso internazionale di medici socialisti si è tenuto a Brno (Brünn) il 21 maggio. Oltre a medici czecoslovacchi, ve n'erano di ungheresi, inglesi, norvegesi, danesi, svedesi e svizzeri. Una richiesta avanzata da un gruppo di medici comunisti per essere accettati in questo congresso, fu rifiutata. Prevalevano gli elementi giovani.
Il gruppo dei medici socialisti della Czecoslovacchia pubblica un periodico proprio, mensile.

Le colonie inglesi dell'Africa orientale — Kenia, Uganda, Tanganica, Niassa e Zanzibar — hanno organizzato una conferenza sanitaria, a Entebbe. Si è addivenuti ad un accordo per lo scambio di sieri allestiti nei diversi laboratori, in casi di urgenza. Si è riferito sulle ricerche in corso nei varî centri e si è proposto di redigere rapporti trimestrali riguardanti i lavori scientifici compiuti.

Nei giorni 24 e 25 giugno si è tenuto a Venezia il IV Convegno regionale indetto dalla Sezione Veneta della Federazione antitubercolare. Il convegno ha assunto molta importanza, per gl'intervenuti e per i temi trattati.

La Società romena di ginecologia, ostetricia e urologia si è scissa in due: una di ginecologia, ostetricia e puericoltura, l'altra di urologia; alla presidenza sono stati chiamati rispettivamente i proff. N. Gheorghiu e Hortolomei, di ostetricia e di urologia all'Università di Bucarest (della quale il primo è anche rettore).

Si è costituita un'Associazione romena contro il cancro, presieduta dal prof. Daniel.

L'« Associazione dei docenti per il perfezionamento dei medici » in Berlino, la quale esisteva da oltre 50 anni e che ha permesso il perfezionamento di innumeri medici della Germania e dell'estero, si è sciolta. La sua azione verrà esercitata dall'« Accademia berlinese pel perfezionamento dei medici » fondata ora, la quale viene a raccogliere, sotto la direzione del sindacato della città, quanto si riferisce al perfezionamento dei medici.

La Società Sassarese di Scienze mediche e naturali si è adunata il 2 e il 23 febbraio e il 3 marzo, sotto la presidenza del prof. G. Sabatini; della terza di queste sedute diamo il resoconto in altra parte del giornale.

Il 31 luglio si è tenuta nel Civico Ospedale di Aquila la 5ª riunione della Società Medico-Chirurgica Aquilana, presidente il prof. Caccia, segretario il dott. Leone. Hanno comunicato il prof. Lorenzetti, il prof. Natali, il prof. Albano, il prof. Caccia, il dott. Rusconi, il dott. Spennati. Il presidente della Congregazione di Carità, avv. Volpe, ha richiamato l'attenzione sullo studio e sulla valorizzazione delle sorgenti idrologiche della regione.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 9 giugno, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. Fabris. Furono fatte comunicazioni dai soci Tramontini, Rossi, Gritti, Fabris.

Il 4 agosto si è inaugurato a Torino il nuovo padiglione dell'ospedale Amedeo di Savoia, alla presenza del quadrunviro De Vecchi di Val Cismon, del cardinale Fossati, il quale impartì la benedizione, del prefetto, del segretario federale e di moltissime altre autorità.

Il 24 giugno si è inaugurata la Sezione chirurgica dell'Ospedale israelita di Filadelfia. È stata resa possibile da un legato di 400.000 dollari (10 milioni di lire it. incirca), fatta dal sig. Samuele Fridenberg. L'edifizio risulta di 5 piani e potrà ospitare 100 pazienti, tutti gratis (non vi sono camere a pagamento).

Nell'Ospedale Rodolfo Virchow di Berlino si è organizzata una stazione per lo studio della gemelliparità. Intanto una statistica ha accertato in Germania 13.248 gemelli.

È stato chiuso l'Istituto Universitario di Odontologia di Kiel.

La Biblioteca dell'Associazione Medica Britannica, per accordi presi con la Biblioteca Nazionale Centrale e con le biblioteche degli Istituti scientifici, può ora mettere a disposizione dei soci più

di 5 milioni di volumi! Fa servizio di prestito a domicilio, dietro corresponsione delle spese postali, a *forfait* di sei pence per volume. La direzione fornisce indicazioni bibliografiche, chieste dai soci, su argomenti di medicina.

« Il Medico Condotto » ha cambiato il nome in « Milizia Sanitaria »; è arricchito e aggraziato di rubriche varie.

Si è iniziata la pubblicazione di una « Zeitschrift für Kinderpsychiatrie », redatta dal dott. M. Tramer, édita da Benno Schwabe & Co. di Basilea.

Il dott. Donato Boccia, medico capo di clinica medica all'Ospedale Italiano di Buenos Aires e vicedirettore dell'Associazione argentina di biotipiologia, eugenica e medicina sociale, ha organizzato a Buenos Aires un corso sulla medicina del lavoro.

Con R. Decreto in data 20 luglio è stata revocata la dichiarazione di zona malarica per i territorî di molti comuni della provincia di Rovigo.

Da una recente relazione del ministero francese della sanità pubblica, si desume che negli ospedali psichiatrici francesi erano ricoverati 3250 stranieri, di cui 1443 in base a convenzioni di reciprocità con altri Paesi; più esattamente si contavano: 605 polacchi, 476 italiani, 117 belgi, 107 spagnoli, 27 svizzeri, 24 lussemburghesi, 19 jugoslavi, 18 norvegesi, 15 olandesi, 15 greci, 8 austriaci, 6 ungheresi, 4 svedesi, 2 monacensi.

Uno dei più reputati chirurghi danesi, il prof. Brandstrup, settantenne, stava eseguendo un'operazione nell'Ospedale di Odense, quando si abbattè, colpito da sincope, sul corpo del paziente; il difficile intervento fu condotto a termine da un assistente.

Un fatto analogo è avvenuto alla levatrice Argia Dainelli, in Firenze: mentre assisteva una partoriente veniva colpita da grave malore. Chiamato d'urgenza accorreva un medico, ma ogni cura fu vana: dopo un'ora la poveretta cessava di vivere.

È morto a Praga in età di 64 anni il prof. Vladislav Ruzicka, noto per i suoi studî sulla cromatina quale depositaria dell'eredità, e sull'invecchiamento, che egli dimostrò essere in rapporto con una graduale condensazione della materia vivente, accertabile con mezzi fisico-chimici e da lui detta « isteresi del protoplasma ».



## RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Giorn. di Cl. Med.*, 20 mag. — A. Gasbarrini. Angina pectoris. — B. De Biasio. Orticaria metamerica.

*Rinasc. Med.*, 31 mag. — A. Gasbarrini. Sindrome bantiana. — A. M. Bonanno. Pneumotorace incompleto.

*Klin. Woch.*, 2 giu. — E. Grafe. Azione specifico-dinamica degli alimenti. — Töppich. Reperti di nematodi nel cervello di pellagrosi.

*Presse Méd.*, 30 mag. — F. Meersseman e R. Lumaret. Reumatismo art. ac. e bacillemia tbc.

*Acta Med. Scand.*, III-IV. — T. Bjering e P. Iversen. Funzione renale. — N. A. Nielsen. Coagulaz. del sangue. — K. Gottlieb. Esame della funzionalità epatica. — Supplem. LV. - B. Strandel. Glicemia. — Supplem. LVI. - S. Björkman. Broncospirometria.

*Chinese Med. Journ.*, mar. — Numero sulla tbc.

*Riv. di Clin. Ped.*, mag. — A. Fiano. Le encefaliti nell'infanzia.

*Ann. di Ost. e Gin.*, 31 mag. — A. Quagliati. Metrorragie puerperali tardive. — G. De Meo. Diagnosi biologica di gravid. col metodo von Mertz.

*Gaz. d. Hôp.*, 30 mag. — L. Alquier. La cellulite.

*Nuova Medic. Italica*, 30 apr. — E. Maragliano. La vera diagnosi precoce della tbc. polm.

*Münch. Med. Woch.*, 1 giu. — F. Lickint. Glicerinoterapia nella calcolosi renale e ureterale.

*Practitioner*; giu. — Affezioni della bocca, lingua e labbra. — D. H. Patey. Trattam. delle vene varicose. — H. K. Dunlop. Porpora emorragica con sintomi cerebrali transitori.

*Journal A. M. A.*, 19 mag. — H. W. Meyerding e W. G. Stuck. Apofisite nell'infanzia. — W. M. Yater e al. Blocco cardiaco congenito. — C. P. Beattie e R. M. Rice. Febbre ondulante da « Brucella suis ». — 26 mag., M. G. Peterman. Convulsioni nell'infanzia. — M. Murray e J. A. Miller. Allergia da chinina e da segale nella porpora trombopenica. — P. J. Hanglik e A. P. Richardson. Antidoti dei cianuri.

*Arch. Médical*, 30 apr. — W. Kopaczewski. Il problema dell'invecchiamento.

*Ospedale Psichiatr.*, apr. — C. Roncati. Il liquor prima e dopo la malarioterapia. — D. Angrisani. Il sistema ret.-endot. nelle malattie mentali.

*Presse Méd.*, 2 giu. — N. Fiessinger e G. Bronet. Mal rosso suino nell'uomo. — P. Hartenberg. Convulsioni infantili.

*Paris Méd.*, 2 giu. — Numero sulle malattie infettive.

*Semana Méd.*, 3 mag. — P. Cossio e I. Berconsky. Insufficienza cardiaca inapparente. — 17 mag. G. Sayago. Infiltrazioni polmonari fugaci. — G. Bermann. La crisi medica.

*Mediz. Welt*, 2 giu. — H. W. Knipping. La pinguedine. — W. Jaensch e W. Schulz. Il problema della costituzione.

*Sang*, 6. — S. Balachevski e F. Guinsbourg. La trasfusione di sangue conservato.

*Wien. Klin. Woch.*, 8 giu. — Reichel. Igiene della razza. — Moro. Guarigione apparentem. spontanea della tbc. polm.

*Gaz. d. Hôp.*, 6 giu. — J. M. Le Goff. Il blu di metilene nelle asfissie. — 9 giu. P. Nobécourt. Il linfatismo delle mucose.

*Pediatria*, 1 giu. — E. TATAFIORE. Megalosomie infantili.

*Brit. Med. Journ.*, 9 giu. — W. H. F. OXELEY. profilassi della sepsi puerperale nella pratica generale.

*Minerva Med.*, 9 giu. — G. BATTISTINI. Terapia delle glomerulonefriti emboliche. — U. RONDELLI. Sulla misura della « tensione cutanea ».

*Rass. di Ter. e Patol. Clinica*, mar. — V. SUSANNA. Azione ipoglicemizzante della canfora. — apr. P. CONCA. Vaccinaz. antitubercol. preventiva.

*Lancet*, 9 giu. — J. BANCROFT. Esperimenti sull'uomo.

*Riv. San. Sicil.*, 1 giu. — V. ACCARDI. Occhio e glandole endocrine.

*Journ. de Méd. de Lyon*, 5 giu. — A. ROCHAISE e E. CONTURE. La contaminaz. batterica delle uova.

*Rif. Med.*, 17 mag. — N. PENDE. La triplice crisi nel mondo medico. — C. COLUCCI. Iniezioni intracoccigee curative.

*Klin. Woch.*, 9 giu. — G. E. KONJETZENY. Edema gassoso. — M. MEINIKl. Nuova siero-reazione della tbc.

*Arch. Intern. Med.*, mag. — H. R. CRAIG e P. D. WHITE. Astenia pneumocircolatoria. — S. S. LICHTMAN. Tirosinuria. — B. A. GONLEY. Esame funzionale del cuore.

*Arch. Méd.-Chir. App. Resp.*, 2. — Numero sulla frenicectomia.

*Chir. Org. di Mov.*, feb. — G. IESU. Osteomielite del pube. — G. C. PARENTI. Reticolo-sarcomi del midollo osseo.

*Ann. Inst. Pasteur*, giu. — P. NÉLIS e al. Tossina stafilococcica. — A. SAENZ. Bacillemia tbc.

*Sem. Méd.*, 24 mag. — A. MUSSO e J. R. LOUREIRO. Agranulocitosi. — F. L. NIÑO. Epidermofizia planare disidrosiforme.

*Riforma Med.*, 24 mag. — U. BACCARANI. Riflesso colecistico colico.

*Gazz. d. Osp. e d. Cl.*, 10 giu. — G. NORSA. Granulia polmonare fredda.

*Revue Neurol.*, mag. — G. MARINESCO e al. Tentativo di raggruppamento delle malattie familiari del midollo. — D. DANIÉLOPOLU e A. RADOVICI. Meccanismo dei movimenti involontari.

*Morgagni*, 29 apr. — G. BOERI. Difficoltà diagnostiche, pregiudizi ed errori terapeutici nell'infezione reumatica.

*Presse Méd.*, 13 giu. — F. RATHERY e al. Azione degli estratti di milza sui diabetici.

*Journ. Nerv. a. Ment. Dis.*, giu. — G. JOHNSON. L'efedrina nella narcolessia. — A. CONRAD. Studio psichiatrico di ipertiroidei.

*Mediz. Welt*, 16 giu. — W. GAEHRTGENS. Sierologia del m. di Weil. — SCHOENEWALD. Dermografismo.

*Gaz. d. Hôp.*, 13 giu. — A. L. TCHIJEVSKY e T. S. TCHIJEVSKAYA. Tossicità dell'alluminio.

*Ann. de Méd.*, giu. — J. TROISIER e al. Primo-infezione nell'adulto. — G. MELLI. Patogenesi dell'edema polm. acuto.

*Paris Méd.*, 16 giu. — Numero sulla chirurgia osteo-articolare e infantile.

*Med. Klinik*, 15 giu. — P. UHLENHUTH. I portatori di bacilli tifici e lotta contro di essi. — S. JELLINEK. Biofisica delle onde ultra-corte.

*Klin. Woch.*, 16 giu. — K. F. MAYER. La psittacosi. — KRAUSS e BARTH. Morbo di Christian.

## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

**Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.**

Anno XLI — Roma, 20 agosto 1934-XII — N. 33

"IL POLICLINICO"

IL PERIODICO ITALIANO DI MEDICINA PIÙ DIFFUSO E PIÙ ACCREDITATO

# La iperemizzazione edemizzante intervallare quale trattamento di talune infezioni.

(con 12 figure nel testo).

Il Prof. BENEDETTO SCHIASSI ha redatto uno scritto che sarà pubblicato nel *Policlinico*, Sezione Chirurgica, n. 9 (settembre), 1934. Se ne riporta qui la introduzione.

*Per coloro che scorreranno questo scritto può darsi non sia superflua una esortazione preliminare: leggere* « **con attenzione** ».

*Anche oggi, 1934, sono una fortissima maggioranza i medici che nel trattamento di focolai d'infezione si lasciano guidare da criteri che dovrebbero essere corretti. Ora il togliersi dalla mente idee già lungamente radicate senza considerarne proprio* «**con attenzione**» *le ragioni non è affatto agevole e non è pertanto superflua questa esortazione particolare che sono tratto a mettere innanzi anche per un motivo, direi, personale in quanto avendo avuto occasione più volte di trattare nella Scuola ed in adunanze di Colleghi questo argomento, ho potuto constatare quanto siano facili in questa materia le incomprensioni* (1).

*Conviene ormai che tutti i terapisti smettano di trattare i fatti infiammatori con le applicazioni fredde che è una pratica priva, anzi contraria a qualunque buon criterio dottrinale. Sarà dato così di evitare a qualcuno la umiliazione di sentirsi dire dal malato: « Lei, dottore, mi aveva ordinato per la mia appendicite la « vescica di ghiaccio, ma io non sono stato meglio che quando, per iniziativa di parenti, ho gettato il suo « ghiaccio ed ho applicato invece il loro empiastro caldo ».*

*È di constatazione frequente il fatto che molti medici, proprio molti, allorquando devono iniziare la cura di un processo infiammatorio non di rado si sentono incerti fra il suggerire le applicazioni calde o le fredde, mentre altri sono del tutto indifferenti e consigliano le une o le altre con la stessa suprema leggerezza con cui certi medici « da salotto » consigliano alle Signore radunate per il thè nelle ore più propizie agli erotismi ed ai voluttuosi abbandoni, fra le cinque e le sette, la doccia fredda od i bagni caldi, il mare o la montagna.*

*Conviene altresì darsi premura perchè la si finisca una buona volta di concedere fiducia alle applicazioni del liquido Carrel-Däckin che con tanto zelo anche oggi viene adoperato a rivoli nel trattamento dei focolai d'infezione. Fu presentato questo liquido attribuendogli una efficacia di cui nessun altro mezzo era capace: esso, si disse, è veramente fecondo di bene perchè ha la proprietà di uccidere i bacteri e di rispettare nel contempo i tessuti.*

*Questa asserzione fu così suggestiva che la pluralità dei chirurghi diede senz'altro al metodo la più completa fiducia. Ma non ne è risultato altro che un grosso blüff franco-americano simile a quello che più tardi è derivato dall'uso ed abuso del mercurio-cromo col quale* « i cacciatori di microbi » *sono venuti colorando di rosso le medicazioni negli Ospedali di oltre oceano.*

*È da notare come in parecchi Trattati di Medicina anche recentissimi si scorga una spiccata incertezza nel suggerire i migliori apprestamenti per la cura dei processi infiammatori nei riguardi della scelta delle applicazioni calde o delle fredde. Difatti in uno di questi Trattati si legge:*

« Appena iniziatosi l'attacco appendicolare a seconda del sollievo che avverte il paziente si faranno sulla « parte applicazioni *calde* o di ghiaccio ».

*In altro volume si trova scritto: « Per l'orchite e l'ovarite si faranno impacchi caldi senza escludere che « si debba ricorrere* anche *all'applicazione del ghiaccio* ».

*Ed ancora in altro volume:*

« *Nella appendicite, applicazione della vescica di* ghiaccio *ed eventualmente« di acqua* calda ».

*Tutto questo si trova scritto per parte di Clinici giovani ed anziani; ed è lecito presumere che come dessi lo hanno scritto, lo vadano anche impartendo nella Scuola. Ora chi sa quanti altri Clinici giovani ed anziani, Medici e Chirurgici vadano diffondendo fra gli allievi gli stessi precetti trasmettendo su tale importantissimo contegno terapeutico ben gravi dubbiezze di concezione e di esecuzione!!!?*

---

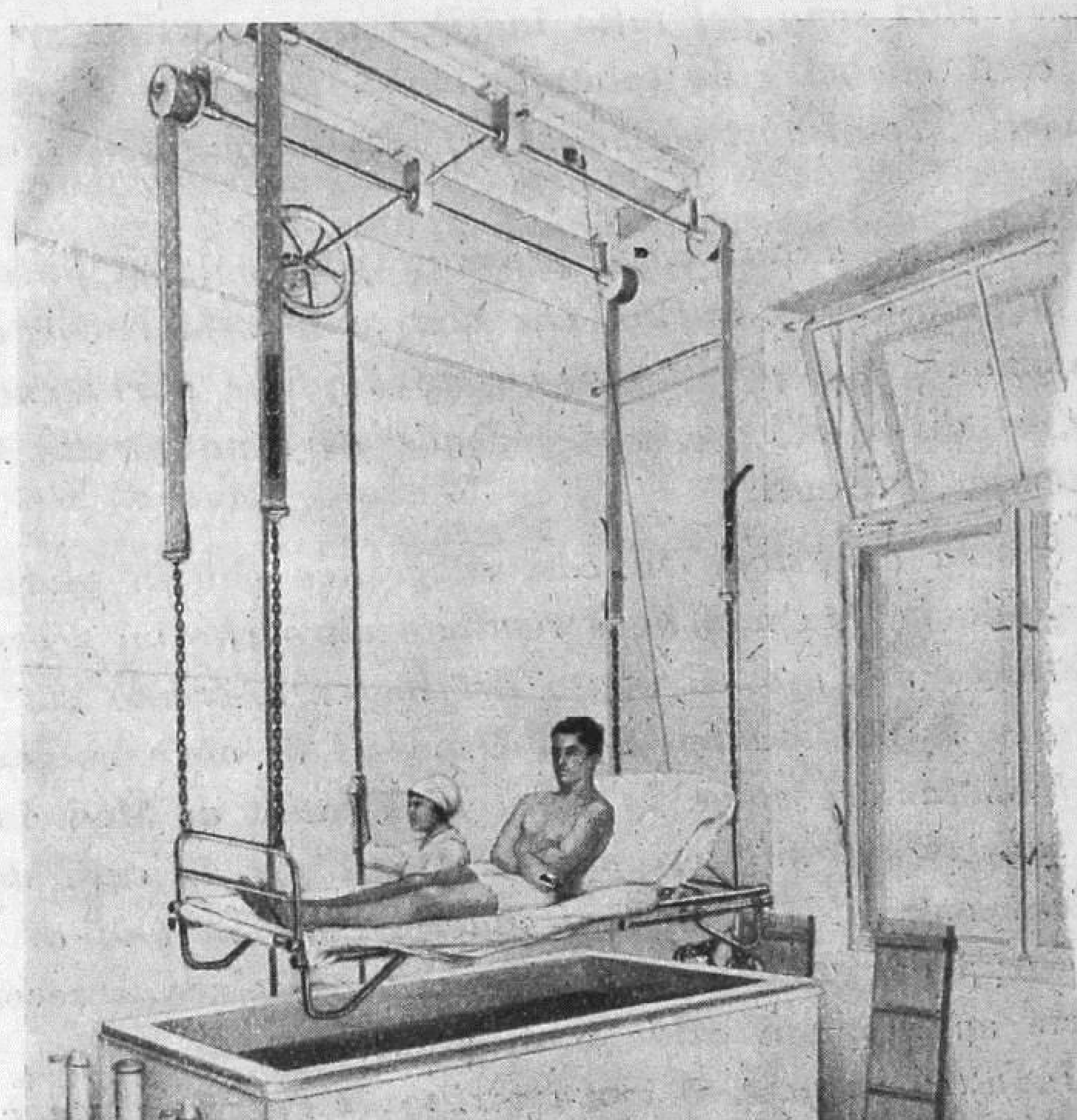
(1) Ne trattai prima in varie adunanze alla Società Medica di Bologna (aprile 1916); poi al Congresso della Società It. di Chirurgia in Bologna (1917); poi in occasione del Congresso Intern. di Chirurgia in Roma del 1916. Fu allora scritto che « Schiassi ridiceva le virtù della Chimiatria », cioè nientemeno che il contrario di quello che io avevo detto. Perfino un Gerarca della Chirurgia, visitando un reparto dove varî ammalati erano in corso di trattamento, così ebbe a pronunciarsi col prof. Pirani allora mio aiuto: « Ho visto. Si tratta delle cure che si praticavano anche durante la guerra Franco-Prussiana », rivelando con questa frase di non aver capito affatto, poveretto, i reali principî informatori del metodo.

*Per tutto ciò si reputa che possa riuscire utile, tempestivo e gradito a molti colleghi di mettere innanzi qui le notizie che concernono taluni valori della conoscenza odierna in materia delle infezioni locali e s'intende di dimostrare che le applicazioni di cui si verrà discorrendo non devono essere vedute come pratiche superficialmente empiriche, ma come mezzi* **naturalistici** *di cospicuo rendimento ed aventi per base ragioni rigorosamente scientifiche.*

*Riportiamo due delle dodici figure che illustrano il lavoro.*



Mastite. Cataplasma a chiusura ermetica. Lampada a 30-35 centm. Applicazione: 5-6 ore in alternanza con uguali periodi di pausa.



La barella sospesa ai suoi quattro angoli ad altrettante catene sta per esser calata con l'infermo entro la vasca.

*Spazio per le comunicazioni del versante al correntista destinatario (facoltative)*

Per le presenti L. 2,50 mi spedirete, appena pronta, una copia della pubblicazione di BENEDETTO SCHIASSI: « *La iperemizzazione edemizzante intervallare quale trattamento di talune infezioni* ».

Firma ..............................

***Parte riservata all'ufficio dei conti***

*N.* .......... *dell'operazione*

*Dopo la presente operazione il credito del conto è di L.* ..............

**Il Direttore dell'Ufficio**

..............................

## AVVERTENZE

Il versamento in conto corrente è il mezzo più semplice e più economico per effettuare rimesse di denaro a favore di chi abbia un c/c postale.

Chiunque, anche se non correntista, può effettuare versamenti a favore di un correntista. Presso ogni ufficio postale esiste un elenco generale dei correntisti, che può essere consultato dal pubblico.

Per eseguire il versamento il versante deve compilare in tutte le sue parti, a macchina o a mano, purchè con inchiostro, il presente bollettino (indicando con chiarezza il numero e la intestazione del conto ricevente qualora già non vi siano impressi a stampa) e presentarlo all'ufficio postale, insieme con l'importo del versamento stesso.

Sulle varie parti del bollettino dovrà essere chiaramente indicata, a cura del versante, l'effettiva data in cui avviene l'operazione.

Non sono ammessi bollettini recanti cancellature, abrasioni o correzioni.

I bollettini di versamento sono di regola spediti, già predisposti, dai correntisti stessi ai propri corrispondenti; ma possono anche essere forniti dagli uffici postali a chi li richieda per fare versamenti immediati.

A tergo dei certificati di allibramento i versanti possono scrivere brevi comunicazioni all'indirizzo dei correntisti destinatari, cui i certificati anzi detti sono spediti a cura dell'ufficio conti rispettivo.

L'ufficio postale deve restituire al versante, quale ricevuta dell'effettuato versamento, l'ultima parte del presente modulo, debitamente completata e firmata.

## Tassa da pagarsi pel versamenti

**Servendosi del presente Bollettino si paga:**

**— nei Capoluoghi di Provincia:** NULLA

**— negli altri uffici del Regno:**

| | | Che si dovrebbe pagare usando vaglia postali |
|---|---|---|
| fino a L. 50 — | L. 0,15 invece di L. | 0,80 |
| » » » 100 — | » 0.20 » » » | 1,20 |
| » » » 500 — | » 0,40 » » » | 3,50 |
| » » » 1000 — | » 0,60 » » » | 6 — |
| » » » 5000 — | » 1 — » » » | 26 — |
| » » » 10000 — | » 2 — » » » | 51 — |

ANNO XLI Roma, 20 Agosto 1934 - XII Num. 33

# "IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
diretto dal Prof. ANTONIO COMOLLI.

### Indicazioni e tecnica della simpaticectomia lombare extraperitoneale.

Dott. GAETANO MANGIONE.

Durante una mia recente permanenza a Lione, ho osservato e studiato nella Clinica dell'Istituto di Patologia Chirurgica, cui sta a capo il Leriche, una serie di casi interessanti la chirurgia del simpatico.

Come tutti sanno, al Leriche, il quale esegue un diuturno lavoro sperimentale e clinico su un abbondante e vario materiale, risale gran parte del merito dell'inizio e dello sviluppo di questa branca della chirurgia, che, svoltasi prima nel campo del simpatico perivasale, tende oggi ad estendersi in quello del simpatico gangliare.

Le nuove acquisizioni sull'argomento hanno dimostrato che la chirurgia del simpatico perivasale ha un suo proprio campo d'azione e trova la sua indicazione in diverse malattie nelle quali è possibile, pur con questo atto operativo relativamente lieve, influire sulla circolazione periferica.

Gli interventi portati direttamente sulle catene gangliari, pur movendo, sotto un certo punto di vista, dagli stessi concetti che hanno suggerito la simpaticectomia periarteriosa, hanno trovato un campo d'azione più vasto e offerto risultati più efficaci sia per intensità che per durata.

Limitatamente alla simpaticectomia lombare, di cui specialmente ho potuto seguire e studiare alcuni casi, si può dire che oggi giorno numerose sono le sue indicazioni ed è verosimile che lo saranno ancor più se, completate le nostre conoscenze sul valore fisiopatologico dell'intervento e risolti i problemi collaterali ancora oscuri, sarà possibile applicarla a tutte quelle forme morbose in cui è stata avanzata l'ipotesi dell'utilità del suo impiego. Siamo ben lungi però dal poter formulare regole generali ed affermazioni definitive, trattandosi di questioni che solo una lun-

ga esperienza ci consentirà di ben determinare.

***

Una delle più comuni indicazioni è quella delle arteriti.

Per intendere nella sua giusta luce l'importanza dell'intervento in queste affezioni, bisogna tener presenti alcuni fenomeni di ordine fisio-patologico che ne dominano, si può dire, il quadro anatomo-clinico.

Il vecchio concetto che l'obliterazione di un segmento arterioso agisca per alterata canalizzazione, è risultato in effetti errato, e lo dimostrano tanto le esperienze sugli animali quanto la pratica chirurgica: è possibile infatti resecare ampi segmenti di arterie senza conseguenze apprezzabili. D'altra parte è comune l'osservazione di vecchi arteritici, che portano a lungo le loro lesioni in completo silenzio di sintomi e solo dopo un certo tempo presentano improvvisamente i caratteristici disturbi, che spariscono del tutto coll'asportazione, quando è possibile, del tratto arterioso obliterato.

Per queste e per altre considerazioni, che qui sarebbe fuor di luogo enumerare, nell'evoluzione di ogni processo arteritico bisogna distinguere, con il Leriche, due periodi: il primo nel quale la lesione è endoarteriosa e resta assolutamente muta; il secondo nel quale il processo si diffonde alla guaina avventiziale, che, essendo, com'è noto particolarmente ricca di fibre nervose, provoca, per l'irritazione di queste, l'insorgenza di disturbi vasomotori, traducentisi in spasmi vasali e che sono i responsabili dell'insorgere della sintomatologia (dolori, cianosi, ipotermia locale, disturbi trofici, gangrena).

Essendo dunque il quadro anatomo-clinico dominato da questi disordini vasomotori, che hanno il loro punto di partenza nell'avventizia arteriosa lesa e che si riflettono alla periferia attraverso il simpatico, si comprende come in linea generale la simpaticectomia lombare, nei casi di arterite degli arti inferiori, inibendo questi disturbi, possa riuscire di grandissima utilità, anche senza influenzare peraltro il substrato arteritico della malattia.

Riporto, ad esempio, due casi assolutamente tipici (*).

G. Giorgio, di a. 57. Si tratta di un operaio senza precedenti ereditari, collaterali, anamnestici, degni di nota. Due anni fà, improvvisamente, fu colpito da vivi dolori, che dalla piega dell'inguine, a sinistra, si irradiavano in basso, fino al collo del piede. La marcia divenne impossibile; fu costretto a letto per circa quattro mesi, durante i quali il piede e la gamba si mantennero costantemente freddi e pallidi e comparve all'arto una modica ma pure evidente ipotrofia.

Quando potè lasciare il letto esisteva una caratteristica claudicazione intermittente, che lo costringeva a fermarsi ogni 50 passi e che, anche con molti sforzi, gli impediva di fare molto di più. Con il tempo i disturbi sono andati sempre più aggravandosi per cui si decide a farsi ricoverare in Ospedale.

È un individuo che all'esame generale non mostra niente di notevole; l'arto inferiore sinistro presenta una ipotrofia globale, la circonferenza della coscia è ridotta di 3 cm., quella del polpaccio di 2. La pelle del piede non è sensibilmente più fredda di quella dell'altro lato, è leggermente cianotica in corrispondenza delle dita ed è sprovvista di peli fino a livello del dorso del piede stesso. Il polso arterioso non si apprezza che sulla femorale; all'oscillometria, le oscillazioni alla gamba ed al terzo inferiore della coscia mancano del tutto, mentre a destra sono normali.

10 marzo 1934. Simpaticectomia lombare sinistra (asportazione dei gangli secondo, terzo e quarto). L'esplorazione dei grossi vasi, fatta durante l'intervento, ha dimostrato che l'arteria iliaca primitiva e la terminazione dell'aorta sono sede di una dilatazione fusiforme, molto aderente ai tessuti vicini. Si tenta di isolarla e di fare un'arteriectomia, ma la dilatazione si prolunga in basso sull'iliaca esterna e l'estirpazione appare impossibile.

M. Marcello, di a. 61. Soggetto senza precedenti ereditari degni di nota, ammogliato con tre figli, che dal punto di vista anamnestico ricorda una frattura dell'alluce sinistro, riportata a tredici anni; malaria e dissenteria, contratte durante il servizio militare, fatto in Oriente.

Quattro anni fà il paziente avvertì vivi dolori al collo del piede ed al terzo inferiore della gamba sinistra. Il piede divenne freddo e violaceo, la marcia impossibile. Questa crisi durò circa un mese dopo di che stette meglio per sette mesi ancora, ma un nuovo episodio doloroso venne ad interrompere quest'apparente benessere e da allora i disturbi si sono fatti continui e progressivi.

All'esame si nota che il piede sinistro è leggermente tumefatto, specie sul collo e sul dorso, violaceo, ma non sensibilmente più freddo dell'altro. Sulla faccia interna della gamba sinistra al terzo inferiore vasta zona di pigmentazione bruna. L'arto è globalmente ipotrofico, la circonferenza della coscia è ridotta di 3 cm., quella del polpaccio di due. Le oscillazioni dal lato malato sono nettamente diminuite, il polso arterioso alla pedidia è però ancora avvertibile.

11 marzo 1934. Simpaticectomia lombare sinistra (asportazione di gangli terzo e quarto), l'arteria iliaca esterna presenta una placca ateromatosa, ma è perfettamente permeabile.

In entrambi i casi già la sera dell'intervento il piede era divenuto caldo e i dolori erano scomparsi. Il decorso post-operativo fu regolare. A distanza di più di un mese il miglioramento persiste invariato.

---

(*) I casi riportati sono stati osservati nella Clinica del prof. Leriche.

Si tratta dunque di due casi di arterite ateromatosa; più grave il primo nel quale le arterie periferiche erano obliterate completamente e l'arteria iliaca primitiva presentava un'ectasia di notevole grado, che rimontava in alto alla terminazione dell'aorta ed in basso fino alla arteria iliaca esterna, che non il secondo nel quale il lume delle arterie restava pervio. Le lesioni però in entrambi i casi erano abbastanza progredite, ed è proprio in questi che la simpaticectomia lombare è l'operazione di scelta.

Nelle forme invece non molto estese nè tanto gravi è preferibile ricorrere piuttosto all'asportazione del simpatico periarterioso, che sul precedente ha il vantaggio di essere un intervento molto più semplice e di minor gravità, salvo ad intervenire in un secondo tempo sulla catena gangliare tutte le volte che i risultati non siano soddisfacenti.

Nelle arteriti localizzate l'operazione di elezione è l'arteriectomia, come ha mostrato il Leriche.

Più complesso è il problema nelle tromboangioiti tipo Buerger. La simpaticectomia lombare non ha dato a lunga scadenza risultati molto confortanti. Forse le forme iniziali possono ancora beneficiare di questo intervento. Al caso pratico però è difficile rendersi conto esatto dello stadio di evoluzione del male cosicchè, tenendo presenti i risultati in complesso promettenti della surrenalectomia unilaterale dell'Oppel, viene consigliato da taluni di ricorrere addirittura a questa operazione.

Nè si può passare sotto silenzio un nuovo e recentissimo orientamento in questo campo. Il Bastai ed il Dogliotti, fondandosi sul rilievo che alcuni di questi malati presentano ipercalcemia, sono stati indotti a sospettare uno stato di iperparatiroidismo, ed hanno in effetti trattato alcuni casi coll'asportazione di una o due paratiroidi, ottenendo risultati immediati e a distanza di circa sei mesi (periodo di osservazione massima), molto brillanti. Infatti i dolori scomparvero, le estremità divennero calde mentre le ulcerazioni si cicatrizzavano rapidamente ed il tasso calcemico discendeva alla norma.

Risultati simili abbiamo avuto anche noi in un caso operato recentemente nel nostro Istituto.

Un'altra indicazione alla simpaticectomia lombare è la sindrome del Raynaud. Com'è noto la malattia colpisce le arteriole periferiche ed avrebbe, secondo l'A., che per primo l'individuò e la descrisse, una base vasomotoria. Avendo però più tardi il Vulpian ed altri dimostrata l'esistenza di lesioni anatomiche nella parete arteriolare, è sorta, in contrasto col precedente modo di vedere, la teoria arteritica.

Ma in questo campo non è stata ancora detta l'ultima parola.

Sta di fatto però che oggi da parte di diversi AA. (Rieder, Leriche), sulla base di osservazioni indiscutibili e di argomenti fondati, si va riaffacciando la primitiva concezione del Raynaud, e si spiegano le alterazioni anatomiche della parete arteriolare non come l'essenza della malattia ma come l'esito di questa. Da una tale considerazione deriva il precetto chirurgico dell'intervento precoce quanto più possibile. Non tutti sono però d'accordo sull'entità di questo. Allo stato attuale delle cose si può dire che in molti casi la simpaticectomia periarteriosa dà risultati buoni e che in vista della sua semplicità conviene tentarla sempre riservando alle operazioni gangliari i casi in cui la precedente non ha dato esito soddisfacente.

Ecco ad esempio un caso molto illustrativo:

B. Giovanni, di a. 23. Gli antecedenti ereditari e collaterali non hanno fatti degni di nota. Fin dalla sua infanzia le quattro estrèmità sono state fredde e cianotiche. Nel 1932 questi disturbi diventarono più intensi, tanto che la sensazione dì freddo alle mani e ai piedi non spariva nè con il moto nè colla esposizione prolungata al calore; in più si verificavano di tanto in tanto delle crisi passeggere durante le quali le dita ora presentavano una cianosi molto accentuata ed erano sede di intensi formicolii, ora invece diventavano bianche e come morte.

Il malato presenta una marcata cianosi alle mani, che risale in alto fino al polso, dove cessa bruscamente. Alla pressione questa cianosi sparisce per dar luogo ad una chiazza biancastra. Non flittene nè ulcerazioni alle dita, la pelle è fredda ed umida, netta la pulsazione radiale bilateralmente.

I due piedi sono ugualmente cianotici e freddi, specialmente agli alluci; la cianosi si arresta al collo del piede, ma il paziente afferma che col freddo essa può rimontare fino alla parte media del polpaccio. Il battito della pedidia è apprezzabile.

Il bagno caldo, che aumenta notevolmente i segni di asfissia locale, rende più ampio l'indice oscillometrico, mentre il bagno freddo provoca segni di sincope locale e riduce fortemente le oscillazioni.

27 gennaio: Simpaticectomia periarteriosa omerale destra. Risultato nullo.

16 marzo: simpaticectomia lombare sinistra: asportazione del terzo ganglio e del tronco che va verso il quarto.

Il decorso post-operativo fu regolare. Scomparve la sensazione di freddo dal lato operato, ob-

biettivamente si constatò aumento del calore locale e riduzione notevole dell'iperidrosi. Le oscillazioni non si modificarono.

Un'altra indicazione alla simpaticectomia gangliare è la sclerodermia.

Si tratta di un'affezione quasi completamente oscura che determina scomparsa del tessuto connettivo sottodermico, notevole riduzione della circolazione periferica, atrofia della cute. Non sappiamo ancora quale di queste lesioni sia quella iniziale. (Leriche). Il Bastai ed il Dogliotti ritengono trattarsi di spasmi vascolari limitati ai capillari e che a lungo andare provocherebbero una capillarite e quindi sclerosi delle regioni corrispondenti. Sta di fatto però che su questa base anatomica appariva perfettamente giustificato l'intervento sul simpatico, allo scopo di migliorare lo stato della circolazione. In effetti i risultati sono stati soddisfacenti e sono registrati casi in cui si è avuto un miglioramento notevolissimo o anche una riduzione di lesioni, datanti ormai da qualche anno.

Recentemente è stato dimostrato che molti di questi ammalati presentano un tasso calcemico molto elevato e nell'ipotesi di uno stato di iperparatiroidismo, si è proceduto all'asportazione di una o due paratiroidi.

La casistica di questa operazione è ancora esigua e recente; comunque i risultati registrati fino ad ora sono buoni, dimostrandosi beneficamente influenzati tanto la circolazione periferica quanto la elasticità della cute e del sottocutaneo, la mobilità articolare ecc. come ha dimostrato l'esperienza fatta anche nel nostro Istituto.

Ma dal momento che l'ipercalcemia non è in questa forma costante, i concetti terapeutici chirurgici tendono oggi verso questa condotta: intervento sul simpatico gangliare come operazione di elezione nei casi, senza ipercalcemia, paratiroidectomia parziale in quelli ad elevato tasso calcemico.

Un'altra indicazione è data dai monconi di amputazione dolorosi.

In certi amputati come si sa possono sopravvenire dolori talvolta tanto violenti da indurre i pazienti a richiedere insistentemente al chirurgo una riamputazione a livello più alto.

Recentemente il Leriche ha avuto modo di stabilire che queste algie sono fondamentalmente riportabili a due tipi clinici. Ora infatti si tratta di violenti dolori, che vengono riferiti dal malato al segmento di arto asportato con localizzazione a zone ben determinate corrispondenti al territorio di uno o più nervi spinali, ora invece sono sensazioni di dolore sordo, profondo, diffuso al moncone, alla radice dell'arto, qualche volta anche a distanza e che si accompagnano a disturbi vasomotori locali.

In un caso e nell'altro queste algie sono in rapporto con uno o più neuromi d'amputazione, che nel primo caso eccitano le fibre dei nervi spinali, nel secondo il simpatico regionale.

Nei casi di quest'ultimo tipo, oppure in quelli misti è indicato l'intervento sul simpatico.

Recentemente però il Leriche ha osservato che la novococainizzazione del simpatico regionale e gangliare corrispondenti ha un'azione sedativa di durata variabile, ma che si prolunga sempre al di là del limite spiegabile colla sua azione anestetica, per alcuni giorni ed anche per mesi.

Questo nuovo sussidio terapeutico, appena introdotto è certamente meritevole di essere tentato, prima di ricorrere all'intervento cruento.

Ma non si limitano soltanto a queste le indicazioni della simpaticectomia lombare.

Nelle paralisi spasmodiche o di tipo Little, nelle osteoporosi dolorose post-traumatiche, in tutte le forme di causalgia, nell'eritromelalgia, nelle nevriti ascendenti post-traumatiche, nell'iperidrosi plantare, nelle ulceri trofiche oggi il chirurgo è in condizioni di agire con notevolissimo beneficio dei pazienti.

Si tratta, come si vede, di un gruppo di lesioni, talora anche gravissime, che causano ai malati sofferenze molto penose, di fronte alle quali, fino a poco tempo fa, eravamo completamente disarmati.

Sia per questa considerazione sia per l'interesse strettamente dottrinario questo nuovo campo aperto all'indagine, merita, dunque, tutta la nostra attenzione.

***

Sotto il nome di simpaticectomia lombare si intendono tutte quelle operazioni rivolte alla catena del simpatico lombare, che si ripromettono ora la sezione dei rami comunicanti, ora la sezione o l'asportazione di un tratto della catena fra due gangli, ora l'asportazione di uno o più gangli.

Non conosciamo ancora perfettamente il valore di ciascuna di queste diverse modalità operatorie. Il Diez ritiene indispensabile per ottenere gli effetti migliori, l'asportazione del

secondo ganglio mentre, secondo il Leriche, ciò non è assolutamente necessario.

L'asportazione dei gangli simpatici ha posto la questione, molto importante, della funzione di questi organi. Secondo il Diez non avrebbero funzioni proprie e tanto meno sarebbero centri di riflessi, ma semplici vie di connessione fra il midollo e la periferia, per cui l'organismo sopporta senza speciali conseguenze la loro ablazione. Uguale concetto è sostenuto anche dallo Starling.

Il simpatico lombare può essere aggredito tanto per via intra-peritoneale quanto per via extra-peritoneale.

La prima, preferita dai chirurghi americani e presso di noi dall'Alessandri, dal Pieri, dal Chiasserini ed altri, ha essenzialmente il vantaggio di consentire l'intervento sulle catene simpatiche di entrambi i lati, in un tempo solo, ed attraverso una breccia unica.

La seconda invece richiede incisioni bilaterali, ma in complesso è di esecuzione relativamente agevole e rapida, permette un'ampia visione del campo operativo, ma sopratutto mette al riparo dagli inconvenienti vicini e lontani, ben noti a tutti, propri degli interventi laparotomici, specie di quelli, che, come in questi casi, richiedono ampie breccie e vasti scollamenti peritoneali; così che questa deve essere considerata l'operazione di scelta per quei casi in cui occorre l'ablazione unilaterale: ma è preferibile anche per quelli, nei quali è necessario intervenire su entrambe le catene gangliari (Chiasserini e Pepi). In questi casi è meglio, secondo Leriche, fare due operazioni a distanza di qualche giorno l'una dall'altra.

L'intervento, secondo Leriche, consiste essenzialmente nell'aprire una breccia nella parete anteriore dell'addome, all'esterno del margine laterale del muscolo retto, fino ad arrivare nello spazio sottoperitoneale, raggiungere per via sottoperitoneale la colonna vertebrale, ricercare la catena dei gangli simpatici ed una volta messa questa in evidenza, asportarla o procedere alla sua sezione.

Il malato è posto in decubito dorsale, con il lato da operare sollevato da un cuscino (meglio, se possibile, inclinare lateralmente il letto operatorio), allo scopo di liberare, facendo spostare la massa intestinale verso il lato opposto, quello, su cui si deve intervenire.

*1° tempo*: Incisione della cute e del sottocutaneo lungo una linea leggermente convessa lateralmente, che dall'apice della XI costa dello stesso lato arrivi fino a tre cm. sopra il legamento inguinale ed a due dita trasverse all'esterno del margine laterale del muscolo retto anteriore dell'addome, passando a circa quattro cm. all'interno della spina iliaca anteriore superiore.

*2° tempo*: Appare il muscolo obliquo esterno, che viene sezionato lungo la direzione delle sue fibre, per tutta la lunghezza della breccia cutanea. Di solito si apre qualche vaso muscolare, che si pinza e si allaccia senza difficoltà.

*3° tempo*: Si vede il muscolo obliquo interno, con le sue fibre a decorso trasversale. L'incisione a mano volante di questo e del sottostante muscolo trasverso espone il chirurgo al pericolo di aprire il sacco peritoneale, perchè, come si sa, la fascia trasversalis ha qui stretti rapporti con il muscolo e, data la scarsità del connettivo sottoperitoneale, presenta rapporti più intimi anche con il peritoneo.

Si può evitare questo inconveniente, scollando preventivamente il piano muscolare dal sottostante. A questo scopo si apre con uno strumento smusso una breccia lungo la direzione delle fibre muscolari, le quali vengono divaricate così come si suole fare nell'operazione del Mac Burney, per l'appendicite. Una volta arrivati sulla fascia trasversalis si caricano i margini muscolari su un divaricatore, ed, aiutandosi prima con le dita, poi con uno strumento adatto si può agevolmente distaccare per un tratto sufficiente il piano muscolare. Non resta allora che incidere i due lembi, lungo la direzione della ferita cutanea. In genere s'incontrano i nervi intercostali XI e XII, ma, procedendo con cautela, si può risparmiarli sia all'inizio che durante il seguito dell'atto operativo.

*4° tempo*: A questo punto la fascia trasversalis è largamente esposta. Si apre delicatamente: attraverso i margini fa ernia il grasso sottoperitoneale. Qui si trova il piano di scollamento. Con una compressa si incomincia a distaccare il sacco peritoneale, dirigendosi verso il muscolo psoas, fino a scoprire in basso i vasi iliaci, che contornano lo stretto superiore del bacino. È facile allora, spingendo verso la linea mediana il peritoneo, farne con la mano lo scollamento verso l'alto e verso la colonna vertebrale.

Due divaricatori di tipo speciale, a branche piatte, larghe e di notevole lunghezza, piegate ad angolo retto sul manico, mediante un gomito arrotondato, sono messi in posto: il primo sposterà all'interno il sacco peritoneale ed

i visceri addominali, il secondo terrà sollevato verso l'alto il grasso perirenale.

Se lo scollamento in profondità è stato portato fino alla colonna vertebrale ed i divaricatori sono posti convenientemente, la visibilità del campo operatorio è perfetta; lo psoas con la sua fascia appare largamente esposto, il nervo genito-crurale, che si avrà cura di non toccare, percorre la sua faccia anteriore; il campo è assolutamente asciutto, l'uretere ed i vasi spermatici interni, o utero-ovarici, che rimangono aderenti al peritoneo, sono stati spostati con questo dal divaricatore. Profondamente si scorge a destra la vena cava, a sinistra l'aorta.

*5° tempo*: Non resta che mettere in evidenza la catena gangliare lombare. Questa in genere è costituita di quattro gangli, più raramente di tre o di cinque. Di questi il 3° ed il 4° sono sempre chirurgicamente accessibili, non sempre si può raggiungere il 2°, e non è mai possibile vedere il primo.

La catena è posta ai lati della colonna vertebrale, all'interno delle arcate del muscolo psoas, dietro la vena cava a destra, dietro oppure allato dell'aorta a sinistra. Occorre quindi scollare la cava, mentre non sempre ciò è indispensabile per l'aorta. La manovra si fa abbastanza agevolmente con un dissettore; scollato il vaso, lo si affiderà al divaricatore. Allora sono messe perfettamente in evidenza le arcate del muscolo psoas: è qui che si trovano i gangli, fra le arcate e la colonna vertebrale.

È buona regola cercare di scoprire il 4° ganglio, che è sempre notevolmente più grosso degli altri e che si trova subito al di sopra dell'origine dell'iliaca primitiva.

La ricerca in genere non è difficile, specie se si ha cura di evitare l'errore più comune che è quello di portarsi proprio al davanti dei corpi vertebrali. Ma se lo fosse, sono una guida eccellente i rami spinali delle vene lombari, che decorrono trasversalmente e si impegnano nelle arcate del muscolo psoas. Questi risaltano per il loro colorito e sono facilmente reperibili; di lato ad essi si troverà un ramo comunicante, che, seguìto, porterà l'operatore sulla catena gangliare.

Qualche volta potrà sussistere il dubbio che si tratti di gangli linfatici. Oltre ai caratteri morfologici, che presentano qualche diversità, bisogna ricordare che questi sono perivasali e seguono quindi gli spostamenti dei grandi vasi, mentre i gangli simpatici sono perivertebrali e sono fissi profondamente, per cui non sono spostati dal divaricatore.

Trovata la catena si può uncinarla con un uncino a punta smussa e liberarla con un dissettore; non resta che procedere alla sezione della catena o dei rami comunicanti o all'asportazione.

*6° tempo*: Ricostruzione della parete a strati. In genere non occorre drenare; ove se ne riscontrasse la necessità verrà lasciato un piccolo lembo di garza, che verrà ritirato in 3ª giornata.


## RIASSUNTO.

L'A., in base alle più recenti acquisizioni, discute le più comuni indicazioni della simpaticectomia lombare e ne espone la tecnica operatoria.


## BIBLIOGRAFIA (1).


ADSON A. e BROWN G. *Il trattamento del morbo di Raynaud mediante resezione dei gangli del simpatico toracico e lombare.* Surg., Gyn. and Obst., vol. XLVIII, n. 5, 1929.

ALESSANDRI R. *Risultati prossimi e lontani di ganglionectomie.* Boll. e Memor. Soc. Piem. di Chir., vol. I, fasc. 12, 1931.

BASTAI P. e DOGLIOTTI G. C. *Effetti immediati della paratiroidectomia parziale nella endoarterite obliterante giovanile e nell'endoarterite diabetica. Contributo alla conoscenza della fisiopatologia delle paratiroidi.* Boll. e Mem. della Soc. Piem. di Chir., vol. III, n. 7, 1933.

CHIASSERINI A. e PEPI O. *La nostra esperienza sulla terapia dei disturbi trofico-vascolari e di alcune sindromi dolorose degli arti con la resezione delle catene laterali del simpatico toraco-cervicale e lombare.* Il Policlinico, Sez. Chir., vol. XXXIX, 1932.

CIMINATA A. *Le gangrene delle estremità con particolare riguardo all'endoarterite obliterante.* Rel. al XXXVI Congr. Soc. Ital. Chir., 1929.

DAVIS L. e KANAVEL A. *La simpaticectomia nel morbo di Raynaud, nell'eritromelalgia, ed in altre malattie vascolari delle estremità.* Surg., Gyn. and Obstr., vol. XLII, n. 6, 1926.

DIEZ J. *Il trattamento della tromboangioite obliterante degli arti inferiori con la resezione del simpatico lombare.* Journ. de Chir., vol. XXXVII, 1931.

LERICHE R. e FONTAINE R. *Tecnica delle diverse simpaticectomie lombari.* Presse Méd., n. 92, 1933.

ID. ID. *Risultati sul trattamento chirurgico della malattia di Raynaud.* Ibid., n. 12, 1933.

LERICHE R. e STRICKER P. *L'arteriectomia nelle arteriti obliteranti.* Masson et C., Paris, 1933.

PIERI G. *La ramisezione del simpatico lombare e sacrale.* Ann. Ital. di Chir., vol. V, 1926.

SCALONE G. *La chirurgia dell'innervazione periferica del simpatico.* Ed. Hoepli, Milano, 1931.

STRICKER P. *Sulla surrenalectomia unilaterale nel trattamento delle arteriti e di certe sindromi vascolari*, Les Edit. Universitaires de Strasbourg, 1928.


---

(1) Sono riportati solamente i lavori ricchi di notizie o di dati bibliografici sull'argomento.

# STUDI RIASSUNTIVI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. C. FRUGONI.

## La patologia del reumatismo dal punto di vista dell'eziologia streptococcica e dell'infezione focale.

Dott. VIRGILIO CHINI e Dott. MARCELLO LUSENA
aiuti e docenti.

(*Continuazione e fine; v. numero precedente*).

III) *Reazioni immunitarie nei reumatici di fronte allo streptococco.*

Criteri indiretti a favore della teoria streptococcica del reumatismo sono stati considerati i risultati di alcune ricerche immunitarie di fronte allo streptococco nei reumatici (cutireazioni, agglutinazioni, reazioni ad introduzione di antigeni streptococcici).

I risultati anche in questo campo non sono costanti nè uniformi; risultati positivi sono stati senz'altro interpretati come dimostrazione biologica della natura streptococcica della malattia, e all'opposto risultati negativi. Crediamo opportuno analizzare brevemente i fatti quali risultano dai dati della letteratura.

Generalmente sembra vi sia discreto accordo nell'ammettere l'esistenza di un certo grado di cutireattività allo streptococco nei reumatici: il disaccordo compare nella sua interpretazione.

Intradermoreazioni positive con materiale streptococcico sono state ottenute da numerosi autori: Birkhaug, Swift, Derick e Hitchoock, Kaiser, Swift, Wilson e Todd, Coburn, Derick e Fulton, Collis, Scheldon e Hill. Le cifre che dà Birkhaug sono le seguenti: 85 % di reazioni positive nei reumatici, 11 % di reazioni positive nei controlli sani. Percentuali assai più ridotte ottennero Irvine-Jones ed altri; ma Coburn parla di reazioni positive nel 99 %!

Dobbiamo fare a questo riguardo alcune considerazioni che possono essere di guida nell'interpretazione di questi dati e limitarne la loro portata pratica. 1) Risultati positivi si ottengono generalmente nel reumatismo articolare acuto, assai più raramente nel reumatismo articolare cronico. 2) Anche moltissime persone non reumatiche presentano cutireazioni positive allo streptococco. 3) Non sempre anche nei reumatici acuti si hanno cutireazioni positive. 4) Le cutireazioni non sono specifiche per un determinato gruppo di streptococchi, ma si può dire che esiste una reattività di gruppo. La differenza esistente nella cutireattività tra reumatismo acuto e reumatismo cronico, si accorderebbe con quanto oggi molti sostengono relativamente allo stato rispettivamente di iperergia e di relativa anergia tissulare nelle due forme. Il grande numero di cutireazioni positive che si osservano in non reumatici, non può di per sè togliere significato al risultato positivo nei reumatici: nei bambini la differenza è invece assai evidente; le cifre di Birkhaug su riportate si riferiscono appunto a bambini reumatici. Anzi, dobbiamo dire che significato andrebbe assegnato soltanto a ricerche fatte su bambini reumatici e non reumatici; questi ultimi, per rappresentare dei veri controlli, dovrebbero, secondo noi, essere però dei tonsillitici in uguale percentuale con cui lo sono i bambini reumatici; comunque anche se non è stato tenuto conto di questo fatto, ma sono stati considerati quali controlli dei bambini presi a caso (queste ricerche sono state fatte da alcuni autori su numero veramente grande di bambini, nelle scuole ecc.) risulterebbe sempre una cosa: che la presenza di tonsilliti è assai meno frequente nei non-reumatici.

Insistiamo sul fatto della tonsillite (e intendiamo riferirci anche alla presenza di altri focolai infettivi, denti, ecc.), per un fatto molto semplice: che la presenza di una tonsillite (le nostre osservazioni riguardano adulti e quindi casi di tonsilliti croniche recidivanti) può essere di per sè condizione sufficiente per spiegare una cutireattività positiva allo streptococco. Necessità quindi di fare queste ricerche specialmente in bambini, nei quali la tonsillite (parliamo di bambini sani) è più rara che non in adulti quanto al resto sani (secondo Pässler il 50 % circa degli individui adulti presenterebbe tonsillite cronica, e secnodo Merkel la quasi totalità (?). La grande frequenza di cutireazioni positive allo streptococco in soggetti adulti non reumatici si può, secondo noi, precisamente spiegare con la grande frequenza con cui in questi individui si constata la presenza di tonsillite (o di altri focolai infettivi streptococcici). Dal punto di vista sperimentale la cosa si dimostra in maniera eccellente; basta provocare dei focolai infettivi sottocutanei o intracutanei a conigli con streptococchi (Magrassi ha lavorato con streptococchi artrofili, ma Swift e Chini con streptococchi anche non-artrofili) per osservare a una qualche distanza di tempo la comparsa di una spiccata cutireattività allo streptococco; questo fatto si ottiene in maniera ancor più evidente quando le inoculazioni cutanee con streptococchi vivi vengono fatte ripetutamente.

La sola presenza di un focolaio infettivo streptococcico può pertanto dare ragione di una cutireazione positiva. Tenendo presente questo dato, Chini e Magrassi hanno infatti osservato che cutereazioni positive allo streptococco si possono avere con altrettanta frequenza sia in reumatici che in non-reumatici purchè portatori di focolai infettivi cronici streptococcici. *Una cutireazione positiva*

*ci può dire quindi che l'individuo presenta forse una sensibilità tissulare allo streptococco, ma non che la malattia presente in questo individuo sia di natura streptococcica.* A noi sembra quindi che dal risultato positivo o negativo di una cutireazione non si possano trarre argomenti a favore o contrari alla teoria streptococcica del reumatismo.

La constatazione poi che non esiste nei reumatici una specificità di reazione ad un determinato tipo di streptococco, bensì una cutireattività generica a diversi tipi, è in accordo con quanto ora abbiamo detto, dato che non tutti i focolai infettivi streptococcici sono sostenuti dalla presenza di un determinato tipo del germe; le osservazioni di Chini e Magrassi, confermate recentemente da Schort, Dienes e Bauer, secondo cui la cutireattività di un reumatico (ma anche di non-reumatici) è più spiccata di fronte a germi isolati da focolai del paziente stesso che non da altri, ci sembra un'ulteriore conferma a quanto ora abbiamo detto.

***

Le considerazioni che si possono fare intorno al potere agglutinante del siero di reumatici per lo streptococco, sono in parte analoghe a quanto abbiamo visto per le cutireazioni.

Il problema è stato studiato particolarmente da Dawson, Olmstead e Boots, da Nicholls e Stainsby, da Clawson, Wetherby, Hilbert e Hilleboe, e anche da Chini e Magrassi; generalmente gli autori americani hanno lavorato con ceppi standard, Chini e Magrassi invece in parallelo anche con ceppi provenienti da focolai infettivi dei singoli malati.

I risultati non sono stati uniformi. Riassumendo, si può dire che sono state ottenute agglutinazioni positive più frequentemente in casi di reumatismo cronico (Dawson, ecc. Chini e Magrassi), e meno frequentemente nel reumatismo acuto; però anche in quest'ultimo, Clawson e collaboratori hanno avuto agglutinazioni positive, per quanto a titolo più ridotto rispetto al reumatismo cronico. Titoli agglutinanti comparativamente più elevati si sono avuti di fronte a ceppi omologhi di streptococchi (Chini e Magrassi); però in questi casi era anche quasi sempre presente una agglutinazione con ceppi eterologhi; inoltre ceppi isolati da reumatici cronici hanno anche, qualche volta, presentato una tendenza alla agglutinazione aspecifica (Chini e Magrassi; Clawson e collaboratori). Queste agglutinazioni non sono specifiche: Clawson e collaboratori, lavorando con due ceppi di streptococchi, uno isolato da un malato con reumatismo acuto, e l'altro da un malato di reumatismo cronico, hanno osservato che questi ceppi, oltrechè dal siero di reumatici, erano agglutinati a più alto titolo, dal siero di scarlattinosi e di nefritici; a questo proposito va però ricordato che, secondo molti, queste due malattie possono precisamente essere di natura streptococcica. Di un certo interesse, in base a quanto abbiamo prima detto intorno ai rapporti tra potere agglutinante del siero e batteriemia, appare il fatto che le agglutinazioni sono risultate positive ad alto titolo da parte di sieri di individui dai quali era stata ottenuta una emocultura positiva, e di fronte al ceppo omologo, analogamente a quanto si osserva in casi di endocardite lenta (Swift, Lusena, Corelli).

Il significato di questi reperti relativi al potere agglutinante del siero dei reumatici, è per ora difficilmente precisabile: i risultati negativi in casi di reumatismo acuto, sembrano in accordo con quanto abbiamo precedentemente ricordato; la positività di risultati ottenuti con maggior frequenza, ma non costanza, in casi di reumatismo cronico, pone forse il problema se realmente in questo ancora oscuro ed eterogeneo gruppo, non esistano anche forme legate ad un'infezione streptococcica cronica. Per ora crediamo non si possa dire di più.

Possono rientrare in questo ordine di considerazioni anche i risultati che si possono osservare in seguito ad una vaccinoterapia streptococcica, e alle reazioni a focolaio che si possono avere a seguito di introduzione di materiali streptococcici (come si può pensare anche avvenga in seguito a massaggio tonsillare, ecc.). Per quel che riguarda i vaccini, possiamo dire semplicemente che risultati curativi analoghi, quando si sono avuti (Burbanck), sono stati anche osservati con l'uso di vaccini non streptococcici (vaccini tifici, ecc. [Hench]) o con una semplice proteinoterapia aspecifica; crediamo per ora non ci siano elementi per poterci fermare più a lungo su questo punto e che comunque dal risultato di una vaccinoterapia streptococcica più che chiarimento si possa aggiungere confusione al problema dell'eziologia del reumatismo.

Le reazioni che si possono a volte avere in seguito a massaggio tonsillare o ad interventi anche su altri focolai infettivi streptococcici presenti nei reumatici, si presentano a volte con tali caratteri da essere veramente considerate quali « reazioni a focolaio ». È difficile però, secondo noi, dire quanto vi sia di specifico e di aspecifico in queste reazioni: in questo campo crediamo non si possa affermare o l'una cosa o l'altra, ma si possa semplicemente ammettere che sia l'una sia l'altra condizione possano darci spiegazione della reazione; che cosa avvenga di preciso nel singolo caso, ci sembra veramente difficile poter dire. Molti autori sono indotti ad assegnare valore ai risultati del cosidetto « test tonsillare » o prova di V. Schmidt.

Non è detto però che anche reazioni vere e proprie a focolaio possano essere utilizzate

per l'interpretazione della natura streptococcica della malattia: nella tonsilla non sono soltanto contenuti streptococchi: è possibile poi ottenere reazioni analoghe col semplice uso paraenterale di materiali colloidali (proteine eterologhe, ecc.): più che documentare la natura streptococcica della forma, queste reazioni a focolaio potrebbero forse suggerire rapporti in senso lato tra focolaio infettivo e localizzazione morbosa. Un tale ultimo concetto è attualmente abbastanza corrente. (Brunetti e Malan; Robecchi, Castellani e Rosti; Le Mée e Worms, Zoia, Greppi, Olivetti e Malan).

Ma se anche il materiale passato in circolo in seguito a spremitura tonsillare ecc. fosse esclusivamente streptococcico, una reazione a focolaio non potrebbe di per sè documentare la natura streptococcica della lesione, in quanto è noto, e su questo punto sembra oramai regnare completo accordo, che materiali colloidali hanno netta tendenza a fissarsi, una volta pervenuti in circolo, entro tessuti comunque, specificamente o aspecificamente, flogosati e suscitare in essi accentuazione dei processi flogistici: questa accentuazione, che è poi quella che porta alle manifestazioni cliniche della reazione cosidetta a focolaio, può essere anche di natura allergica o iperergica specifica (come nel caso della tubercolina in focolai tubercolari), ma anche di natura iperergica aspecifica (concetto della parallergia e patergia di Rössle); si tengano presenti al riguardo le recenti ricerche di Menkin. Dunque, anche *tipiche reazioni a focolaio non escludono e non documentano sicuramente la natura streptococcica del reumatismo.*

Riassumendo possiamo dire: la presenza di streptococchi o meno nel sangue dei reumatici e nei tessuti malati stessi, la presenza nei reumatici di una ipersensibilità o di uno stato immunitario di fronte allo streptococco, cosidette reazioni a focolaio per introduzione paraenterale di materiale streptococcico, costituiscono altrettanti *elementi di presunzione*, ma non riescono in alcun modo a documentare in maniera assoluta la natura streptococcica del reumatismo. I tentativi di riproduzione sperimentale del reumatismo con l'uso di streptococchi devono essere fino ad ora considerati come falliti al loro scopo preciso.

* * *

Abbiamo detto al principio di questa nota che oggi da molti la teoria streptococcica del reumatismo è considerata sotto l'aspetto di infezione focale e a probabile patogenesi allergica, e abbiamo ricordato gli elementi sui quali un tale concetto si basa: frequenza dei cosidetti focolai infettivi streptococcici nei reumatici (« foci » degli autori americani); esperienze di localizzazione elettiva; risultati terapeutici conseguiti tenendo presenti direttive in questo senso.

Su tutti questi elementi ci siamo intrattenuti nella nostra Relazione sulle infezioni focali al 39° Congresso della Società italiana di medicina interna nell'ottobre 1933 a Pavia. Riepiloghiamo qui per sommi capi gli elementi che possono essere giudicati favorevoli o contrari a tali idee.

Rapporti in senso lato tra fatti flogistici tonsillari e reumatismo sono in realtà ammessi dalla grande maggioranza degli autori. Stando alle osservazioni di Pässler, risulta che realmente la frequenza di focolai tonsillitici è assai più notevole nei reumatici che nei non-reumatici, però una frequenza pressochè analoga si riscontra anche in numerose altre categorie di malati e anche in individui quanto al resto sani; solo si può dire che per molte malattie in cui si constata anche tonsillite, viene ammessa da molti la natura focale; il che però non è documentato.

Comunque il riscontrare tonsillite non vuol dire senz'altro che i processi flogistici tonsillari siano primitivamente sostenuti da streptococchi; oggi si pensa anche ad una azione per così dire secondaria di questi germi e si ammette, senza però sufficiente documentazione, che molte tonsilliti siano sostenute da virus filtrabili ignoti (Gundel), o che siano semplici fatti di accompagnamento di diverse malattie (concetto delle cosidette « Begleitanginen », secondo Keller). Però più che sulla frequenza con cui nei reumatici si osserva la presenza di tonsilliti (e di altri focolai infettivi dentari, prostatici, ecc.), rapporti tra focolai infettivi e reumatismo sono sostenuti in base alle reazioni reumatoidi che si osservano in seguito ad interventi sulle tonsille (massaggio, test tonsillare, ecc.) e di cui abbiamo già fatto cenno, in base ai risultati terapeutici consecutivi a tonsillectomia (e ad ablazione di altri foci), e particolarmente in base alle ricerche di localizzazione elettiva degli streptococchi coltivati da questi focolai infettivi.

I risultati terapeutici dopo tonsillectomia nei reumatici sono tutt'altro che uniformi.

Recentemente un'ampia casistica di Pártos-Bernath parla di miglioramento nel 67 % dei casi e completa guarigione nel 27 %; di risultati abbastanza buoni in qualche caso ha parlato anche Cesa-Bianchi; e così, tra noi, Arrigoni, Cossali e Orthmann, in Inghilterra, Glover e Wilson, in America, Finland e collaboratori; ma altri non hanno constatato risultati favorevoli (Ingermann e Wilson, Kaiser, ecc.). Si può dire che quando i casi sono stati considerati in blocco, i risultati sono stati molto contrastanti anche nelle mani di uno stesso osservatore, ma che considerando invece caso per caso si hanno veramente dei risultati assai buoni e anche seducenti (Glover e Wilson, Finland, Robey, Pártos-Bernath, Rosenow, ecc.) Anche sull'azione preventiva

della tonsillectomia si hanno dati contrastanti: alcune statistiche parlano in senso favorevole (Lawrence, Makie), altre no (Poynton, Paterson e Spence; Boas e Schwartz; Mc Culloch e Irvine-Jones, ecc.). Comunque, sono descritti senza dubbio casi nettamente favorevoli e casi nettamente negativi. Riguardo ai primi, e vi sono osservazioni in realtà abbastanza numerose, è veramente difficile sottrarsi all'idea che non esistano dei rapporti tra i due ordini di fatti: se è pur vero che non sempre ha valore il « post hoc ergo propter hoc », è anche vero che non sempre si può negare, nel singolo caso, un tale rapporto; ma spesso ne viene a mancare la documentazione sicura: e in assenza di una tale documentazione non possono esser formulate delle leggi.

Più discutibili appaiono a noi i risultati negativi: nel senso, cioè, che non ci sembra giustificato negare l'esistenza di rapporti tra focolai infettivi e reumatismo pel solo fatto che il reumatismo non guarisce dopo l'asportazione del focus. Ci sembra che questo punto sia stato considerato troppo semplicisticamente, forse anche un po' aprioristicamente.

Anche ammettendo la natura focale del reumatismo, vanno tenuti presenti al riguardo i seguenti fatti: 1) si può asportare un focolaio infettivo (per esempio, e generalmente, tonsille) e lasciarne altri più direttamente responsabili, nel singolo caso, della malattia (granulomi apicali, prostata, cervice uterina, sinusiti, ecc.); in questi casi è conseguenza logica il risultato negativo; e casi di questo genere sono stati descritti, casi, cioè, nei quali il risultato positivo si è ottenuto solo secondariamente, dopo trattamento o asportazione di altri focolai infettivi (Rosenow, Pemberton, Burbank). 2) Spesse volte risultati negativi vanno riferiti ad incompleta asportazione del focolaio (specie tonsille): sono descritti casi, e ne abbiamo qualcuno anche nella nostra casistica (Chini), in cui il risultato è stato ottenuto solo dopo interventi ripetuti che hanno portato alla completa asportazione di residui tonsillari che erano rimasti in sede dopo i precedenti interventi (Rosenow, Finland e collaboratori). 3) Dai sostenitori della teoria delle infezioni focali è ammessa l'esistenza non solo di focolai « primari », ma anche di focolai infettivi « secondari » profondamente situati nell'organismo: in questi casi l'asportazione del focolaio primario, non può essere seguita da guarigione della forma anche se questa fosse sicuramente focale; secondo alcuni, le stesse articolazioni, una volta sede di processi morbosi, potrebbero fungere da focolai secondari (dimostrazione nei tessuti di germi) (1). 4) Infine, i cosidetti noduli reumatici, secondo Aschoff ed altri depositari del virus reumatico, non sono limitati ai tessuti tonsillari, ma sarebbero diffusi un po' ovunque nei tessuti profondi delle vie aeree superiori e pertanto inasportabili; Gräff infatti riscontra i cosidetti « Primärinfekten » particolarmente nella capsula tonsillare e nei tessuti peritonsillari.

Tali fatti darebbero ragione di molti risultati negativi, ma non verrebbero direttamente ad incidere sull'essenza del problema: focireumatismo; potrebbero se mai costituire elemento per una indicazione o meno di interventi del tipo della tonsillectomia; con il che però si entra in un altro campo. Ad ogni modo sembra che dai risultati negativi della tonsillectomia non si abbiano elementi sufficienti per escludere sicuramente rapporti tra focolai infettivi e reumatismo.

Dobbiamo ora dire una parola sulle tanto discusse esperienze di localizzazione elettiva e particolarmente dell'artrotropismo posseduto da streptococchi isolati da focolai infettivi di reumatici. Ci siamo già occupati dell'argomento nella nostra Relazione e i singoli esperimenti sono stati riportati in lavori speciali.

Possiamo farci queste domande: il fenomeno esiste? e se sì, quali sono i suoi limiti e le deduzioni che si possono trarre per il problema del reumatismo?

Le esperienze di Rosenow, veramente imponenti per mole di lavoro e numero di animali (trattasi di migliaia di esperienze) sembrerebbero a prima vista definitive: ma le conferme, specie tra noi in Europa, non sono state univoche, e su questo punto sembra si sia concentrata gran parte dell'attenzione di coloro che affermano e di coloro che negano la consistenza da un lato della teoria streptococcica del reumatismo, dall'altro della teoria delle infezioni focali in generale. Se lasciamo da parte le ricerche di numerosi autori americani (Nickel, Meisser, Moench, ecc.) tutte favorevoli agli studi di Rosenow, e analizziamo i lavori europei, troviamo dati contrastanti; risultati fondamentalmente positivi ottennero: Grumbach, Steinfeld, Mela (2), risultati negativi: Lehmann, Weil, Andrei e Ravenna.

Rimandiamo ad un recente lavoro di Chini, per l'analisi più minuta di queste ricerche: nell'interpretazione dei risultati vanno tenuti presenti anche particolari di tecnica, spesse volte difettosa.

Le recenti ricerche di Andrei e Ravenna che agli autori sembrano esser tali da negare l'esistenza dell'artrotropismo degli streptococchi dei reumatici, in base all'esistenza di un notevole grado di artrotropismo anche in streptococchi di non-reumatici, non sembrano esser sicuramente a sostegno del modo di

(1) Si riallaccia forse qui il motivo per cui risultati negativi si ottengono generalmente nelle forme di vecchia data e risultati piuttosto favorevoli in casi recenti.

(2) Durante la correzione delle bozze è apparso un importante lavoro di MELA (La Stomatologia, 1934) fondamentalmente favorevole al concetto di localizzazione elettiva e al problema delle infezioni focali in senso lato.

vedere dei due autori: anche nelle ricerche di Andrei e Ravenna esistono evidenti differenze tra i vari gruppi di animali studiati, nel senso che conigli inoculati con streptococchi di reumatici presentano artriti nell'80 % dei casi, e da non-reumatici nel 51 %.

Noi crediamo tuttavia ci sia concesso in questo campo di tenere anche conto dei nostri risultati sperimentali; secondo le osservazioni di Chini, che tengono conto dei risultati ottenuti in diverse centinaia di animali studiati con uniformità di metodo, possiamo concludere: l'*artrotropismo* è una particolare proprietà biologica posseduta da diversi ceppi di streptococchi isolati da tonsilla di soggetti reumatici, non-reumatici, e da persone sane specie tonsillitiche; *non è quindi una proprietà specifica degli streptococchi dei reumatici; però questa proprietà è assai più frequentemente presente precisamente negli streptococchi dei reumatici che non in quelli di altre categorie;* le cifre percentuali di Chini sono le seguenti:

| | |
|---|---|
| Reumatismo articolare acuto: animali con artriti | 93 % |
| Reumatismo articolare cronico: animali con artriti | 88 % |
| Colecistite: animali con artriti | 55 % |
| Ulcera gastrica e duodenale: animali con artriti | 56 % |
| Appendicite e sindrome A. D.: animali con artriti | 59 % |
| Neuriti: animali con artriti | 30 % |
| Corea: animali con artriti | 39 % |
| Soggetti normali: animali con artriti | 67 % |

Differenze molto più evidenti si hanno quando si tenga conto anche del numero delle articolazioni colpite nei singoli gruppi di animali, il che ci sembra giustificato a parità di altre condizioni (sopravvivenza dell'animale, sede e tipo di altre localizzazioni, ecc.).

Per quello che riguarda l'artrotropismo di streptococchi di reumatici, hanno poi valore anche altre considerazioni: esistono condizioni stagionali, ambientali, epidemiologiche, che possono modificare il tropismo dei germi isolati da focolai infettivi di reumatici (Rosenow); Rosenow, ad esempio, ha osservato nei reumatici diminuzione dell'artrotropismo in corso di epidemie influenzali, in rapporto a fattori climatici, ecc. Recentemente Chini e Spina hanno messo in evidenza in discreto numero di reumatici acuti un fatto, da essi indicato col termine di « caduta dell'artrotropismo », consistente in ciò: colla regressione clinica della malattia (passaggio da uno stadio acuto a stadi di remissione) e in corrispondenza di un intenso trattamento salicilico, l'artrotropismo degli streptococchi isolati da tonsilla di reumatici va notevolmente e progressivamente diminuendo. Un tale fenomeno, anche se di oscura interpretazione, va tenuto presente prima di giudicare il significato di alcune esperienze di localizzazione: facendo prelevamenti da tonsilla in fase acuta di malattia, Spina ha potuto osservare gradi assai elevati di artrotropismo (compromissione di quasi tutte le articolazioni nei conigli iniettati) nella quasi totalità degli animali: quindi valori vicini al 100 %. Noi non possiamo non dare significato a queste esperienze.

Tuttavia anche questi risultati positivi vanno accolti con critica: anzitutto non si può *parlare di artrotropismo « specifico »*, in quanto anche streptococchi isolati da non-reumatici possono presentare valori anche notevoli di artrotropismo; questo, abbiamo visto specie per persone sane (esperienze di Garbini); in secondo luogo *non si può nemmeno parlare di artrotropismo strettamente « elettivo »*, nel senso che negli animali con artriti esistevano spesso anche altre lesioni in altri organi o tessuti.

Queste considerazioni incidono tuttavia più sulla eventuale esistenza di rapporti tra focolaio infettivo e germi in esso contenuti da un lato, e manifestazione morbosa dall'altro, che non sull'essenza del fenomeno dell'artrotropismo e dell'organotropismo in generale. Disgraziatamente il tropismo degli streptococchi è una proprietà labile, che va perdendosi allorchè i germi non vengano coltivati in adatti terreni; riesce quindi impossibile lavorare con culture passate attraverso terreni solidi e, meglio, con culture unicellulari. Solo sperimentalmente si può partire da culture unicellulari e fare poi dei tentativi per far acquistare a questi ceppi determinati tropismi, come noi abbiamo precisamente cercato di fare; ma coi comuni prelevamenti da focus, questo riesce impossibile; ne viene quindi che difficilmente si riesce a lavorare con un determinato ceppo, ma si lavora piuttosto con ceppi multipli, il che è di danno per il risultato dell'esperienza e può lasciare dubbioso lo sperimentatore. Non è detto poi che, con le tecniche di prelevamento usate, si riesca realmente a coltivare e quindi a inoculare nell'animale i germi che potrebbero essere responsabili della malattia, data l'abbondanza e la diversità dei ceppi presenti nelle tonsille o in altri focolai; queste considerazioni possono darci spiegazione di localizzazioni multiple non elettive, ma possono anche darci ragione di risultati negativi: onde occorre grande prudenza sia nell'affermare sia anche nel negare. In questa incertezza di alcuni elementi che dovrebbero stare alla base dell'esperimento, pare realmente che grande importanza deve essere assegnata all'elemento statistico e quindi al numero delle esperienze; e allora negare a priori i risultati di Rosenow, anche sulla base di ristrette ricerche negative, non appare giustificato.

Anche Rosenow ha osservato la concomitanza di altre localizzazioni oltre a quelle articolari negli animali iniettati con streptococchi da reumatici; soltanto, Rosenow, basandosi sul gran numero di osservazioni, suggerisce

che queste localizzazioni non articolari sono a lui risultate presenti in tale percentuale da non allontanarsi da quella, secondo cui anche nei reumatici si osservano manifestazioni morbose a carico di altri organi o sistemi.

Riferendosi al problema del tropismo in sè e per sè, indipendentemente quindi dai rapporti che un tale fenomeno può avere con le manifestazioni morbose del malato, e tenendo conto del risultato di ricerche sperimentali sulla conservabilità e trasmissibilità in serie d'un tropismo (Chini) e sulla sua conferibilità a ceppi che ne erano sprovvisti (Chini e Magrassi, Lusena, Corelli, ecc.), sembra realmente che l'organotropismo corrisponda a un dato di fatto: che esistano cioè determinati ceppi di streptococchi atti a provocare determinate manifestazioni morbose a carico prevalentemente, se non proprio esclusivamente, di determinati tessuti. Le ricerche di Rosenow e Jensen sulla velocità cataforetica degli streptococchi, velocità che sarebbe diversa a seconda del diverso tropismo, tendono a dare del tropismo un'espressione fisica e matematica, che non possiamo aprioristicamente negare.

Concludendo possiamo dire: che l'organotropismo elettivo di alcuni ceppi di streptococchi è probabilmente un fatto reale; che con notevole frequenza ceppi isolati da focolai dimostrano nella prova biologica di possedere un organotropismo, piuttosto relativo che non elettivo in senso stretto, piuttosto generico che specifico, ma comunque documentabile in alcuni campi in maniera sufficientemente chiara; che anche dimostrato che fosse un tale tropismo esso non documenterebbe in maniera assoluta l'eziologia della forma morbosa cui l'indagine si riferisce; in quest'ultimo caso dovremmo tuttavia pur sempre domandarci quali influenze indirette tale fatto può avere sul decorso della malattia, con il che si verrebbe a valorizzare per altra via e in maniera indiretta il concetto più che dottrinale, pratico, di infezione focale.

Da quanto siamo andati rapidamente esponendo, più che altro sotto forma critica, circa la teoria streptococcica del reumatismo, risulta tale complicazione del problema che non ci sembra possibile esporre con una certa fondatezza, un'idea personale sull'argomento. Molti dati sembrano a favore della teoria streptococcica del reumatismo, ma nessuno ci sembra tale da poterla documentare in modo assoluto, così come d'altra parte, molte critiche che ad essa sono state mosse non appaiono atte a risolvere definitivamente la questione in senso negativo, stando alle nostre conoscenze attuali. Il contrasto che esiste su molti punti, che sembrerebbero a tutta prima facile oggetto di osservazioni obbiettive, ci suggerisce una considerazione generale sulla quale può essere impostato in termini diversi il problema streptococcico del reumatismo. A parte le forme di reumatismo che sono giudicate come sintomatiche di infezioni note (i comuni pseudoreumatismi, ossia lo pseudoreumatismo tubercolare, luetico, da sepsi stafilococciche, streptococciche, ecc.), quello che viene chiamato comunemente « reumatismo » costituisce realmente un'unica entità morbosa? o non esistono forse quadri clinici di reumatismo, apparentemente analoghi, ma per alcuni dei quali l'eziologia rimanga del tutto sconosciuta, e per altri invece sia in qualche modo anche streptococcica? Attraverso concetti diversi, Weil, Klinge, Rosenow, Swift, Gräff, arrivano precisamente a questo punto: sostenitori assoluti della stretta specificità della malattia rimangono invece Schottmüller, Fahr, Ceconi.

Una posizione intermedia misurata ci pare essere quella precisata da Gräff. Secondo Gräff esiste una forma la cui eziologia è del tutto ignota e che è il « Rheumatismus infectiosus », e delle forme di pseudoreumatismo, il cosidetto « Kokkenrheumatismus » la cui eziologia è generalmente streptococcica e la patogenesi, focale e allergica. I due tipi di forme non si distinguono clinicamente: la distinzione è puramente istologica; nella prima forma: noduli di Aschoff nel miocardio, Sehnenknötchen del connettivo compatto, Primärinfekt dei tessuti tonsillari e peritonsillari; (quest'ultimo, secondo Gräff sarebbero l'elemento fondamentale di diagnosi istopatologica); nel Kokkenrheumatismus, il quadro di una granulomatosi mesenchimale che corrisponde a quella descritta da Klinge, i cui elementi fondamentali (Frühinfiltraten) sarebbero differenziabili dai noduli di Aschoff e dai Sehnenknötchen, e in cui non esisterebbe il Primärinfekt. A questo quadro di Kokkenrheumatismus umano corrispondono, secondo Gräff, i risultati delle ricerche condotte nel nostro Istituto (Chini, Magrassi). La classificazione del Gräff ci sembrerebbe senz'altro accettabile, se il contrasto tra gli istopatologi non fosse precisamente intorno al quadro del reumatismo vero, genuino, specifico: le ricerche di Klinge, per la loro accuratezza, finezza, vastità e sistematicità, impongono al riguardo un grande riserbo.

Noi crediamo tuttavia di poterci avvicinare in alcuni punti all'idee del Gräff, e crediamo che gran parte del problema, più che su aride discussioni dottrinali e tante volte aprioristiche, debba venire posto sulla possibilità di differenziare queste forme: e allora possiamo domandarci se non convenga per ora accanto a forme a eziologia del tutto ignota, il reumatismo specifico, prendere anche in considerazione la possibile esistenza di forme legate, attraverso meccanismi diversi, forse precisamente focali e allergici, all'infezione streptococcica. Per alcuni singoli casi, la concomitanza di fattori

clinici, di laboratorio e sperimentali appare in modo così univoco e armonico, che sembra realmente difficile poter per essi negare l'importanza dello streptococco quale agente eziologico.

L'osservazione clinica di numerosi casi studiati e seguiti in questi ultimi anni, ci ha consentito di vedere che con una certa frequenza si verificano condizioni tali da fare ritenere giustificata l'ammissione di forme di questo genere. Dati anamnestici; rapporti chiaramente constatati dagli stessi malati tra andamento di fatti locali tonsillari, dentari, ecc. e andamento delle manifestazioni morbose generali, articolari, ecc., rapporti che se anche semplicemente apparenti e dovuti al caso, si sono verificati a diverse riprese e sempre in un medesimo senso; recrudescenze morbose articolari e generali intervenute ripetutamente e costantemente a séguito di spremitura o massaggi tonsillari con caratteristiche cliniche fondamentalmente analoghe alle manifestazioni spontanee; tipiche reazioni articolari e generali consecutive a tonsillectomia, in casi nei quali, per di più, a breve distanza dall'intervento era documentabile la presenza di streptococchi in circolo analoghi dal punto di vista immunitario a quelli tonsillari; miglioramento clinico intervenuto dopo asportazione dei foci, anche per notevole periodo di tempo, a volte di tal grado da poter parlare di guarigione clinica; reazioni reumatoidi tipiche provocate per introduzione endovenosa di vaccino streptococcico autogeno, mentre reazioni di questo tipo mancavano nello stesso soggetto con l'uso di vaccini pure streptococcici ma non autogeni o con streptococchi non artrofili; l'azione curativa di questi autovaccini a volte veramente notevole; e oltre a tutto ciò la documentazione di un notevole grado di artrotropismo da parte dei germi isolati dai focolai tonsillari, un grado elevato di cutireattività di fronte a streptococchi autogeni, la presenza spesso dimostrata di streptococchi nel sangue, sull'essudato articolare, nei tessuti di ghiandole linfatiche tributarie; tutti questi sono elementi il cui significati clinico ci sembra non deva essere tanto facilmente misconosciuto se si considerano non già uno per uno i fattori e fatti ora esposti, ognuno di per sè non sufficiente a sostenere una dottrina, ma nel loro significato unitario e valore sintetico.

Se noi stessi abbiamo fatto una critica severa della teoria streptococcica del reumatismo, l'osservazione clinica che andiamo compiendo da vario tempo ci porta ecletticamente alla constatazione ed alla ammissione dell'esistenza di forme streptococciche di reumatismo di origine focale. Ma lo studio clinico di questi casi, che non abbiamo ancora creduto opportuno di render noto, il che ci è stato rimproverato, in attesa di più ampia raccolta casistica e di più lungo tempo di osservazione, necessari per una valutazione più esatta e definitiva, presuppone un orientamento di studio e di ricerca che trae il suo fondamento da una presa in considerazione eclettica e non aprioristica della dottrina focale.

In attesa di una migliore conoscenza dei fatti, ci sembra per ora opportuna l'ammissione di forme diverse di reumatismo.

È probabile che tanto contrasto nei risultati di alcune ricerche quali siamo andati in parte esponendo, sia precisamente in rapporto con l'aver forse alcuni autori considerato come reumatismo genuino casi che non verrebbero ad essere altro che pseudoreumatismo streptococcico: ma la facilità dell'errore documenta la grande difficoltà di una diagnosi sicura, l'incertezza dei segni differenziali, la somiglianza dei quadri clinici. Intanto, stando alle ricerche del Gräff, e considerando, come fanno Gräff ed altri, come pseudoreumatismo i casi descritti e studiati da Klinge, risulterebbe una cosa: oltre alla grande difficoltà di diagnosticare con sicurezza casi di reumatismo specifico, anche la loro rarità (Gräff ne ha studiati pochi casi); se si dovesse arrivare alla conclusione che i casi di pseudoreumatismo streptococcico a sindrome simil-reumatica vera, sono notevolmente frequenti, la teoria streptococcica del reumatismo umano in senso lato, verrebbe dal punto di vista pratico, piuttosto che distrutta, avvalorata.

Siamo pertanto ad un punto morto, forse ad un circolo vizioso, dal quale è sentita ovunque la necessità di uscire.

## RIASSUNTO.

Analisi critica della teoria focale e streptococcica del reumatismo condotta in base ai dati della letteratura e su osservazioni personali di ordine clinico e sperimentale. Tutti gli elementi sia favorevoli sia contrari a tale teoria sono volta a volta passibili di critica, per cui il problema non può ancora essere considerato risolto. È tuttavia probabile l'esistenza di forme di reumatismo a eziologia streptococcica e a patogenesi focale e probabilmente allergica.

Roma, giugno 1934.

N. B. — Per esigenze di spazio si omette la Bibliografia dell'argomento; viene riportata negli Estratti.

# DISCUSSIONI E COMMENTI.

CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI

## Per l'emostasi diretta nella sottomucosa gastrica.

Prof. G. BAGGIO.

Nel n. 14 di questo periodico, Cavina G. ha pubblicato un articolo il cui riassunto è così formulato:

« Descrive la tecnica preconizzata dal v. Haberer per una sicura emostasi nel taglio della parete gastrica, sia nella gastrodigiunostomia, sia nella resezione: allacciatura per trasfissione dei vasi sottomucosi ».

Se il testo dell'articolo corrispondesse al riassunto, io non avrei nulla da dire, perchè sono il primo a riconoscere che ciascuno può dare la preferenza al metodo e alle modalità operatorie che vuole, anche per semplice simpatia verso il loro ideatore. Ma il testo dice di più di quanto sia espresso dal riassunto: perchè vi è scritto:

« Occorre tener presente che l'emorragia di solito proviene dal taglio della parete gastrica e in modo speciale dai piccoli vasi arteriosi e venosi decorrenti nello spessore della tonaca sottomucosa. Orbene, per alcuni chirurghi il compito dell'emostasi va affidato unicamente *alla sutura anastomotica*. Altri raccomandano di non usare i *gastrostati*, i quali impedirebbero la visione dei vasi sanguinanti e la loro allacciatura prima di procedere alla sutura anastomotica. Altri ancora, pur servendosi dei compressori, consigliano di incidere la parete gastrica con il *termocauterio* oppure con il *bisturi elettrico*. Secondo la nostra esperienza, nessuno degli espedienti precedentemente menzionati è in grado di dare quella garanzia perentoria di cui va in cerca il chirurgo. Ecco perchè, da qualche tempo, ci siamo vieppiù convinti della necessità di ricorrere all'emostasi preventiva dei vasellini gastrici mediante quel geniale artificio di tecnica preconizzato da v. Haberer fin dal 1923 e sul quale forse non si è ancora sufficientemente insistito presso di noi ».

Non, dunque, soltanto descrizione della tecnica di v. Haberer, ma — prima — documentazione della mancanza di altre tecniche rispondenti allo scopo di quella: di « emostasi preventiva dei vasellini gastrici ».

In considerazione di ciò, io sento il bisogno di ricordare che nel Vol. IV del Trattato della Scuola Romana, pubblicato dallo stesso Editore di questo periodico, nei primi mesi dell'anno scorso, io ho, non solo affermato la necessità di quell'emostasi, ma anche descritto il modo di raggiungerla.

Difatti a pag. 477 sotto il titolo « Tecnica operatoria. Concetti generali » ho scritto:

« Come avvertenze ricostruttive: assicurarsi dell'esatta e libera canalizzazione dei visceri, esenti da ogni trazione, *allacciare i vasi della parete gastrica* ».

Nel paragrafo della gastrotomia ho scritto:

« Si incida sullo stomaco dalla piccola alla grande curvatura, possibilmente dove non corrono vasi. *Si interrompano soltanto sierosa e muscolare e si pinzettino su un margine e sull'altro i vasi della sottomucosa.* Si sollevi la mucosa prima di aprirla e la si apra sulla parte più sporgente... Si asciughi e si deterga se è necessario ispezionare... *Si allaccino i vasi sotto mucosi* e si chiuda a tre strati ».

A proposito della gastrodigiunostomia ho scritto:

« Sutura siero-sierosa digiuno-gastrica, continua..... compiuta la sutura, *si incide la sierosa e la muscolare dello stomaco* a mezzo centimetro circa dalla sutura stessa, *fino a scoprire i vasi della sottomucosa. Si prendano questi con piccole Kocher verso un margine e verso l'altro dell'incisione. Si apra longitudinalmente la mucosa fra la duplice fila di Kocher. Si allaccino i vasi pinzettati* ».

E a proposito della resezione, dopo aver scritto:

« e si procede alla riunione dei visceri secondo il dispositivo e la tecnica della gastro-enterostomia ».

ho aggiunto:

« L'emostasi della parete gastrica viene eseguita pure in due tempi: prima sulla parete posteriore, poi su quella anteriore, la quale perciò dovrà essere sezionata, come la posteriore, interrompendo a strati dal peritoneo alla mucosa (v. G. E.) ».

Indubbiamente, precetto e modalità esecutive dell'emostasi sono riferiti in modo tassativo ai vasi della sottomucosa e sono intesi come tempo operatorio che preceda l'interruzione dei vasi medesimi: nè più nè meno di quanto fa v. Haberer. Differisce da questi, la tecnica, dell'allacciatura vasale. Ma aggiungerò che, già in epoca antecedente alla pubblicazione di v. Haberer citata da Cavina, io eseguivo tale allacciatura proprio allo stesso modo di v. Haberer, cioè trafiggendo con punti la sottomucosa al di sotto dei vasi. Poi ho cambiato perchè mi risultò più pratico sostituire ai punti le Kocher e le allacciature consecutive.

Non ho richiamato l'opera mia per la valutazione che potrebbe derivarle dall'articolo di Cavina: se mai, per tale scopo bisognava che il rilievo fosse fatto da altri anzichè da me. Ho inteso semplicemente di fare della storia. La quale non mi sembra superflua dal momento che Cavina pone le sue considerazioni in rapporto con ciò che si fa « presso di noi ».

In verità, io credevo che anche presso di noi la tecnica fosse più progredita a questo riguardo, come lo si può desumere dalla seguente frase che ho usato nel trattato suddetto a proposito dell'emorragia come complicazione post-operatoria. Ho scritto cioè:

« Può dipendere da due cause, da incompleta emostasi delle *suture* gastriche o gastro-intestinali e da sanguinazione *dell'ulcera* rimasta. *La prima evenienza è imputabile all'operazione, non all'ulcera, e può essere prevenuta con la tecnica corretta* ».

Oggi Cavina mi fa ricredere. Tanto più sarà utile che si renda noto ciò che anche da noi si fa. Mi hanno già preceduto su questo stesso periodico Chiasserini e Dalla Rosa. Potrebbe darsi che qualche altro si facesse avanti ancora. Sarà tanto di guadagnato e Cavina sarà maggiormente lieto di vedere il suo scritto seguito dall'interesse dei Chirurgi Italiani.

RIASSUNTO.

Ricorda d'aver illustrato nel trattato di Chirurgia della Scuola Romana una tecnica di emostasi della parete gastrica, analoga a quella di v. Haberer raccomandata da Cavina G.

# SUNTI E RASSEGNE.

## ORGANI DIGERENTI.

### La dispepsia flatulenta.

(J. HENDERSON. *Practitioner*, aprile 1934).

La flatulenza, o presenza di un'eccessiva quantità di gas nel tubo gastro-enterico, può verificarsi simultaneamente nello stomaco o nell'intestino, ma per lo più è limitata allo stomaco. Può dipendere da un'eccessiva ingestione di gas (aerofagia), da un'eccessiva produzione di gas da fermentazione o putrefazione, da un difetto dell'eliminazione o meglio dell'assorbimento dei gas.

In condizioni ordinarie una certa quantità di gas è ingerita con gli alimenti (più con i liquidi che con i solidi e specie se ingoiati in fretta e poco masticati) e con la saliva.

In alcune affezioni dolorose, specie quando il dolore è parossistico come nell'angina pectoris e nelle varie forme di coliche addominali, sopra tutto quelle epatiche, le sofferenze spesso cessano a seguito di un'eruttazione abbondante. In questi casi l'origine della flatulenza è dubbia, ma il più delle volte si tratta di aria ingerita.

L'areofagia s'incontra in varie forme di disordini gastrici ma nella maggior parte dei casi e nella forma più grave costituisce un disturbo neurotico. Nel primo caso il paziente ha un senso di malessere e di distensione dello stomaco che egli cerca di alleviare con le eruttazioni, ma queste invece di determinare la fuoriuscita di gas fanno ingerire altra aria. Solo dopo ripetuti tentativi si ha finalmente l'emissione di aria. Ma questi atti a furia di ripetersi finiscono per provocare un'abitudine.

Nelle forme più gravi le eruttazioni più o meno rumorose si susseguono rapidamente, specie in occasione di eccitamenti emotivi. Una gran quantità di aria viene ingerita mista a saliva, lo stomaco si distende, il diaframma è spinto in alto e le sue contrazioni determinano un meccanismo di pompa aspirante e premente fra l'esofago e lo stomaco, fino a che la tensione dell'aria ha la prevalenza e si ha un'abbondante, rumorosa eruttazione. Questa condizione è molto comune in donne isteriche e neurasteniche, ma può verificarsi anche nei bambini.

Il difetto di assorbimento di gas da parte della parete gastrointestinale può verificarsi nelle affezioni catarrali del tubo digerente, nell'ostacolo alla circolazione portale della cirrosi epatica, nelle insufficienze cardiache con le conseguenti stasi venose, nella dilatazione atonica dei varî tratti del tubo digerente. In tali casi l'aria ingerita ed i gas della fermentazione insufficientemente assorbiti possono provocare serî disturbi.

Con i progressi della indagine diagnostica il termine di dispepsia ha assunto significato molto limitato. Molti casi precedentemente attribuiti a dispepsia acida, a dispepsia atonica sono ora riconosciuti come forme iniziali di ulcera gastrica o di gastrite, o sintomatici di malattie generali. Le vere forme di dispepsia possono essere funzionali, ossia non accompagnate da lesioni anatomiche, o nervose, ossia associate ad uno stato di nervosismo o a neurosi definite come l'isteria e la neurastenia. In queste forme la dispepsia può dipendere da disturbi della funzione motoria o secretoria o da ambedue.

Abitualmente la flatulenza dipende da un deficit funzionale. Così si ha nell'ipocloridria o subacidità che si incontra di solito in coloro che fanno una vita sedentaria, nelle donne al periodo del climaterio, nella neurastenia e nell'isteria. In tali forme il sintoma più costante è un senso di pienezza e di oppressione all'epigastrio e sotto il margine costale sinistro, che può giungere fino al dolore. Esso si presenta subito dopo i pasti e durare qualche giorno accompagnato da flatulenza, cefalea, ottundimento e stipsi. Di solito non c'è vomito, ma quando si ha provoca sollievo. La lingua è patinosa, biancastra, dentata. La distensione dello stomaco determina una pressione sul diaframma, che a sua volta provoca irregolarità del ritmo, cardiopalma, crisi di pseudoangina ed anche vera angina pectoris e asma. Tali sofferenze sono alleviate con le eruttazioni. Per lo più la condizione si stabilisce in seguito ad affezioni dentarie, insufficiente masticazione e stipsi.

Se contemporaneamente si ha un difetto di

motilità dovuto ad atonia della parete gastrica si stabilisce una dilatazione atonica, che tende a peggiorare progressivamente. Tale condizione si verifica per lo più in soggetti gracili e con dentizione cattiva. La flatulanza allora è il sintoma preminente di solito incrementata dalla fermentazione gastrica. Il pasto di prova mette in evidenza difetto di acido cloridrico ed eccedenza di acidi organici.

L'assenza completa di acido cloridrico (acloridria) è rara nelle dispesie funzionali o nervose, ma è molto frequente nella gastrite cronica, nel cancro dello stomaco, nel diabete mellito, ed è un sintoma precursore o concomitante dell'anemia perniciosa. La forma estrema, achilia gastrica, nella quale si ha assenza completa di succo gastrico, è rarissima nelle forme neurotiche pure.

La diagnosi di aerofagia non è difficile quando si ha l'opportunità di osservare il paziente durante una crisi di eruttazione. Il paziente raccoglie saliva nella bocca, inclina leggermente il capo sul collo, chiude la bocca e ingoia. L'aria è così spinta nell'esofago producendo un rumore simile a quello dell'eruttazione, mentre in effetti si tratta di un atto inverso. Nell'aprire la bocca l'aria rigurgita rumorosamente e si ha l'eruttazione.

Il trattamento della dispepsia flatulenta deve essere indirizzato ad eliminare le cause che la provocano tenendo naturalmente conto non solo dei fatti gastrici locali, ma di eventuali disturbi generali o locali a distanza.

Si curerà quindi lo stato generale quando esistono forme di deperimento e di esaurimento, consigliando eventualmente un correttivo alla vita sedentaria con adatti esercizi fisici, modificando il regime alimentare.

Si cureranno le lesioni dentarie e si consiglierà di masticare bene.

Si limiteranno il fumo e gli eccitanti (the, caffè, alcool).

Si regolerà l'alveo.

Come medicamenti si useranno insieme tonici e sedativi, e quindi tintura di noce vomica ed estratto di cascara sagrada allungati con acqua cloroformica.

Quando esiste ipocloridria si somministreranno acido cloridrico e pepsina, anche, prima dei pasti, una pozione di acqua cloroformica con tintura di noce vomica e di genziana e bicarbonato di soda.

Nella dilatazione atonica i pasti devono essere piccoli, frequenti e con poco liquido. Prima dei pasti si daranno alcalini e dopo i pasti acido cloridrico. Per aumentare il tono della parete gastrica si darà noce vomica e fisostigmina. Eventualmente si praticherà il lavaggio dello stomaco.

L'ipercloridria si correggerà con sostanze alcaline sciolte in acqua (bicarbonato di soda, ossicarbonato di bismuto, carbonato di magnesia).

Nell'aerofagia si darà belladonna o atropina in veicolo carminativo o sedativo per sedare lo spasmo in atto. Ma l'affezione si combatte curando lo stato generale ed eventualmente con la rieducazione del paziente. DR.

## Il trattamento operativo dei tumori maligni del colon.

(JACOBSON. *Dtsch. z. Chir.*, v. 242, p. 148, 1933).

L'estrinsecazione del colon introdotta da Mikulicz, ha abbassato la mortalità operativa nei tumori del colon dal 60 % al 35 %. Tuttavia negli ultimi tempi si va di nuovo diffondendo la tendenza di operare i tumori maligni del colon in un solo tempo. L'A., assistente della Clinica di Sauerbruch a Berlino riferisce sui tumori del colon presentatisi nel corso di 5 anni in quella clinica e sull'atteggiamento operatorio eseguito. La sua statistica comprende 95 casi di cui 60 in uomini e 35 in donne. Interessante è la diversa frequenza nei diversi tratti del colon. L'A. segue la divisione topografica di Körtes, basata sulla distribuzione vascolare. Egli distingue il I tratto comprendente il ceco, il colon ascendente e la flexura epatica. Tale tratto viene irrorato dalle arterie ileocolica e colica destra; il II tratto comprende solo il colon trasverso (arteria colica media e colica sinistra); il III tratto comprende la flexura lienalis e il colon discendente (A. colica sinistra); il III tratto corrisponde alla flexura coli-sigmoidea (A. mesenterica inferiore). Nel I tratto si sono presentati tumori in 37 casi (41 %); nel II solo 5 (5,5 %); nel III 11 (12 %); nel IV 37 (41 %).

Tale distribuzione (che corrisponde anche a tratti di uguale lunghezza) corrisponde press'a poco a quella che si ha sommando le statistiche delle principali Cliniche chirurgiche tedesche. L'operabilità era del 59 % (altri A. 50 %). Nel 44 % dei casi il tumore era palpabile. Un caso era di origine traumatica, nel qual caso trattavasi di un linfosarcoma.

Particolare riguardo si è dato nella Clinica nei riguardi della operabilità, alla circostanza della presenza o meno di fenomeni occlusivi.

In presenza di fenomeni ostruttivi e a maggior ragione di occlusione intestinale acuta si è sempre rinunciato all'intervento in un tempo, e si è sempre praticata l'estrinsecazione, preceduta in caso di ilo, da colostomia palliativa. In questa maniera è stato possibile abbassare la mortalità da ileo come tale, dall'80% al 35,7 %. Si è considerata come controindicazione all'intervento in un tempo anche solo la stipsi cronica.

La resezione è stata praticata in 17 casi (3 morti = 17,6 %); in 34 casi si è praticata la estrinsecazione (10 morti = 25 %). Negli altri casi si sono praticate operazioni palliative (colostomia: 22-31,8 % mortalità).

Come si vede il processo di scelta seguito è stato quello della estrinsecazione.

L'A. insiste sul fatto che la alta mortalità dei casi operati in due tempi è apparente, è ciò dovuta al fatto che così sono stati operati appunto i casi in occlusione acuta che presentavano per proprio conto un'alta mortalità.

Nell'ultimo periodo si è sempre più accentuata la tendenza alla resezione in 2 tempi. Riservati alla resezione in 1 tempo restano i casi della metà D. dell'addome.

Le tecniche seguite sono state varie: lo schiacciamento dello sprone non presenta grandi difficoltà allorchè si siano poste le branche aff. ed eff. perfettamente parallele.

ALDO CALÒ.

## MISCELLANEA.

### L'astenia o depressione.

(R. BENON. *Le Bull. Méd.*, 21 luglio 1934).

L'astenia o depressione è costituita da uno stato di diminuzione dell'attività motrice e psichica. Essa è della stessa natura della manìa, ma ha caratteri opposti: l'amiostenia e l'anideazione dell'astenia si oppongono all'ipermiostenia e all'iperideazione della manìa. Essa evolve sotto forma di accessi, corti o prolungati, che possono ripetersi (astenia periodica) o che possono alternarsi con la manìa (astenia-manìa alterna e circolare). Vi è una sindrome astenica e delle malattie asteniche.

A. *La sindrome astenica.* — I due sintomi fondamentali dell'astenia sono l'amiostenia o diminuzione dell'attività motrice e l'anideazione o rallentamento dei processi intellettuali.

A questi due segni si aggiungono accessoriamente, più o meno raggruppati: l'astenia muscolare gastrica, l'astenia muscolare intestinale, l'astenia visiva, gli stordimenti o le vertigini, la cefalea, la rachialgia, l'insonnia, l'irritabilità, l'astenia genitale, l'astenia cardiaca, la sensibilità alle bevande eccitanti e alle medicazioni dette fortificanti (arsenico, acido fosforico, ferro, ecc.).

Si distinguono varie forme di astenia, secondo il grado, la durata dell'evoluzione, i sintomi.

La diagnosi è difficile a causa del polimorfismo e della mobilità subiettiva dei sintomi.

Praticamente bisogna distinguere le astenie passeggere o episodiche, le astenie periodiche o recidivanti, le astenie prolungate o croniche.

Le astenie passeggere o episodiche, essenzialmente curabili, sono comunissime in patologia nervosa, mentale e generale e si può dire che sono normali come conseguenza di malattie infettive o tossi-infettive, di intossicazioni, di traumi, di affaticamento, ecc.

Le astenie periodiche o recidivanti sono facili a riconoscere e sono curabili.

Fra le astenie croniche bisogna distinguere le astenie croniche che coesistono con una affezione organica facile a svelare (paralisi generale, uremia, malattia di Addison, sifilide, tubercolosi), le astenie croniche che seguono ad una affezione antica come malattie infettive, intossicazioni, traumi, ecc., e l'astenia costituzionale, congenita.

B. *Astenia e malattie.* — Esistono due malattie di ordine essenzialmente astenico, l'astenia periodica e l'astenia cronica come postumo.

L'astenia periodica è costantemente preceduta da una prima sindrome astenica determinata da una causa di stanchezza qualunque.

I sintomi dell'astenia sono in generale, in questi casi, esattamente precisati dal paziente. La durata degli accessi è variabile, l'evoluzione è tipica: inizio brusco, periodo astenico, fine brusca.

L'astenia cronica come postumo di una infezione, di una intossicazione, di un trauma cronico, di una emorragia, di un'operazione, ecc., è incurabile. I segni sono confusi, il grado variabile e soggetto ad oscillazioni molto ampie.

Il trattamento dell'astenia può così riassumersi: 1) riposo completo o almeno lavoro senza affaticamento; 2) comprensione esatta dello stato morboso e trattamento morale razionale; 3) idroterapia; 4) regime dei dispeptici; 5) medicazione calmante variata; 6) esclusione della terapia eccitante, salvo indicazioni precise.

C. TOSCANO.

### L'elettrocardiogramma negli sportivi.

(S. CACCURI. *La Clin. Med. Ital.*, giugno 1934).

Da molti anni clinici e fisiologi hanno cercato di valutare lo stato funzionale dell'apparato cardio-vascolare sottoponendo i soggetti ad un lavoro superiore a quello abituale. Ma le ricerche che a tal uopo si praticavano fino a qualche anno fa non erano certo adeguate, per varie ragioni, allo scopo che si voleva raggiungere. In questi ultimi tempi, col diffondersi degli *sports* in tutte le categorie sociali e con l'obbligatorietà di essi nelle scuole, si è ritenuto opportuno richiedere una accurata visita medica, prima di ammettere i soggetti ai vari esercizi fisici, specie allorchè si tratta di allenamento per le olimpiadi.

Giustamente l'esame dell'apparato cardiovascolare costituisce uno dei punti fondamentali di questa visita preventiva.

Ancora più importanti sono i dati che si possono ricavare negli stessi soggetti prima e dopo l'allenamento, dato che, col ripetersi di alcuni esercizi, sottoponendo il soggetto ad iperlavoro, si provocano interessanti modificazioni a carico di tutte le varie funzioni organiche e dall'insieme dei molteplici dati possono emergere considerazioni di grande utilità, che servono anche a lumeggiare il meccanismo di produzione dei fatti stessi. Fra i vari esami che debbono praticarsi, quello elettrocardiografico è certamente uno dei più importanti, sia perchè si ha così il quadro pre-

ciso e veramente obiettivo del modo di insorgere e di procedere dell'onda di contrazione cardiaca, della sua direzione ecc., sia perchè solo l'elettrocardiogramma può veramente mettere in evidenza alterazioni miocardiche iniziali, che sfuggono anche al più attento esame clinico: esso è infatti il mezzo più idoneo per la valutazione funzionale del cuore, sottoponendo il soggetto in esame ad iperlavoro.

L'A. dopo aver ricordato tutte le diverse ricerche fatte dai vari AA. sulle modificazioni elettrocardiografiche dopo un lavoro muscolare, sia negli individui affetti o no da cardiopatie per l'esame funzionale del miocardio, sia negli sportivi, riferisce i risultati ottenuti in sedici sportivi, tutti con apparato cardio-vascolare clinicamente sano. Si è seguito l'elettrocardiogramma a riposo nelle tre derivazioni, poi dopo venti flessioni sugli arti inferiori in dodici secondi e infine dopo corsa veloce di trecento metri.

A riposo soltanto in tre si è avuta bradicardia accentuata specie in uno. E delle varie onde per lo più la T si è presentata più alta e più ampia.

Dopo le flessioni, in otto (50 %) si è avuta diminuzione della frequenza del polso, in due nessuna modifica e negli altri sei tachicardia. Mentre lo spazio P-R, quello S-T e così pure il complesso Q-R-S hanno presentato un comportamento non uniforme, sia nei soggetti con bradicardia che in quelli con tachicardia, lo spazio T-P è stato invece costantemente in aumento nei primi, in diminuzione nei secondi.

Dopo la corsa si è sempre avuta tachicardia, in qualche caso anche rilevante.

Anche in queste ricerche, mentre P-R, S-T, Q-R-S hanno presentato un differente modo di comportarsi secondo i vari soggetti, lo spazio T-P invece è costantemente diminuito. Circa poi le diverse onde, la T, sia dopo le flessioni, sia dopo la corsa, è diventata più alta nella maggior parte dei casi e in tutte e tre le derivazioni, e se a riposo era piccola e negativa in III D, dopo le flessioni o dopo la corsa è diventata positiva e più o meno alta. La P invece è stata quasi sempre piccola sia a riposo che dopo le prove di lavoro.

Dopo aver preso in considerazione le modificazioni che la stimolazione o la inibizione del simpatico e del vago provocano a carico delle varie onde elettrocardiografiche ed aver fatto notare come gli elettrocardiogrammi che si hanno nella fatica sono molto simili a quelli che si ottengono per stimolazione del simpatico, l'A. richiama l'attenzione specialmente sull'onda T, riferendosi all'importanza del fattore nervoso ed anche di quello meccanico e sulla aritmia respiratoria.

Dei sedici ginnasti esaminati si è avuta in uno solo, dopo le flessioni, ed in cinque dopo la corsa, una tachiaritmia nettamente sinusale che secondo l'A. deve ritenersi una aritmia respiratoria.

Sia le modificazioni del polso, sia quelle relative alle diverse onde, specie la T, sia l'aritmia respiratoria possono considerarsi come fenomeni di natura simpatico-vago-estesica, che si hanno appunto nella fatica, e più propriamente potranno attribuirsi al simpatico le variazioni del polso e quelle delle onde, mentre ha maggiore importanza il vago nel determinismo della aritmia respiratoria.

G. LA CAVA.

## Su un caso di spirochetosi anitterica.

(A. LEMIERRE e M. R. LAPLANE. *Gazette des hôpitaux*, n. 35, 7 luglio 1934).

Gli AA. riferiscono il caso di un uomo di 36 a., che dopo aver preso negli ultimi giorni di agosto 1933 dei bagni di fiume in un luogo particolarmente fangoso e infestato da ratti, il mattino del 5 settembre presentò malessere e dolenzia generalizzata. Nel pomeriggio, preceduta da brividi e da violenta cefalea, insorge febbre (39°,6) e vomito.

Nei giorni seguenti la temperatura si mantiene alta con oscillazioni dai 38° ai 40°, oltre a ciò inappetenza assoluta, estrema debolezza, cefalea viva, herpes labiale, dolori lombari e ai muscoli delle coscie e dei polpacci.

Dopo 5 giorni la temperatura rimette fino a 37°,5, con un livello massimo serotino fino a 38°,5. Il 12 settembre il paziente si ricovera in ospedale. Obiettivamente il paziente presentava pigmentazione cutanea di origine solare, non ittero della cute e delle sclere. L'esame degli organi interni completamente negativo.

Nelle urine una forte quantità di urobilina; non pigmenti biliari, nè sali biliari, albumina, zucchero. Pressione arteriosa 120/80, azotemia gr. 0,80.

L'esame ematologico dava: globuli rossi 4.400.000; globuli bianchi 8.000; polineutrofili 75 %; polieosinofili 0; grandi e medi monociti 18 %; linfociti 7 %. Emocultura: negativa. Sierodiagnosi tifo e paratifi: negativa.

La ricerca diretta delle spirochete nelle urine, e l'inoculazione in cavia del centrifugato, praticate il 14 e il 17 settembre risultarono negative.

Il 14 settembre la febbre cadde definitivamente, lo stato generale migliorò, le urine aumentarono di quantità e l'urobilina scomparve. Anche l'azotemia tornò ai valori normali.

Il 21 settembre inviato un campione di sangue all'Istituto Pasteur per praticare la sierodiagnosi per la spirochetosi itteroemorragica; questa risultò nettamente positiva.

La convalescenza fu abbastanza protratta, e solo dopo 2 mesi il paziente potè riprendere il lavoro.

La diagnosi, malgrado l'assenza di ittero, venne sospettata in base ai sintomi clinici (inizio brusco con brivido, cefalea violenta, febbre, herpes labiale, artralgie, mialgie, uro-

bilinuria, azotemia elevata); la siero agglutinazione, ne dette la conferma.

Le forme cliniche dovute alla « Leptospira ikterohaemorrhagiae » di Inada e Ido sono quanto mai varie, e si andrebbe certamente fuor di strada se si cercasse di trovare in ogni caso la sintomatologia *classica* al completo, o si incorrerebbe in grossolani errori sopravalutando la singola manifestazione morbosa.

Gli AA. ricordano le forme cliniche più importanti consacrate ormai nella letteratura ufficiale. Sono registrati più di 20 casi *della forma con sindrome meningea*, caratterizzata, come indica la denominazione, dai fenomeni meningei fra cui, particolarmente accentuata, la reazione citologica, mentre l'iperalbuminosi è molto discreta.

Finora, nè la prova diretta nè la prova biologica, hanno messo in evidenza nel liquor spirochete. In questa forma tutti i sintomi della malattia sogliono essere presenti, però, l'ittero spesso può mancare. Quando l'ittero è presente, sia a carico delle sclere che della cute si ha la *forma meningo-subitterica*.

Una varietà mista è la *forma meningo-renale*, in cui, oltre alla compromissione degli involucri del sistema nervoso centrale, è interessato, e talora seriamente, l'emuntorio renale.

Così in un caso di spirochetosi meningea con subittero, volto a guarigione, Sacquépée e Boidin hanno trovato una azotemia di gr. 3,33.

Non bisogna inoltre dimenticare che la spirochetosi ha un ruolo molto importante, nella etiologia di molte nefriti acute azotemiche, (*forme renali*) l'esito delle quali può essere o la guarigione o la morte per insufficienza renale, o la cronicizzazione del processo morboso.

Bloch e Hébert hanno pure segnalato un caso di spirochetosi anitterica a forma, prevalentemente, *mialgica*, in cui era molto spiccata l'iperestesia muscolare, mentre il liquor era rimasto del tutto normale.

Vi sono infine delle *forme anitteriche pure* che decorrono benignamente, e tutto il quadro della malattia si può dire ridotto alla sola fase preitterica. Il caso segnalato dagli AA. rientra appunto in questo ultimo gruppo.

I. Di Marco.

## A proposito del dolore di schiena.

(Benecke. *Mediz. Well*, 16 giugno 1934).

Il dolore alla schiena appartiene ad uno dei più frequenti sintomi subiettivi che accusa lo infermo; è tanto comune che dal medico viene spesso trascurato; eppure tante volte più che un sintoma di lesione locale, rappresenta una manifestazione a distanza, tanto da poter servire, se non come rivelatore di un'alterazione morbosa, almeno come richiamo verso lo studio di organi lontani o vicini. Come tale viene considerato dall'A. il quale in articolo riassuntivo evoca tutte le cause del dolore di schiena

Anzitutto occorre escludere l'origine locale del dolore; questa può essere rappresentata dal reumatismo dei muscoli paravertebrali; ora questo può essere messo in evidenza più che colla solita palpazione, da una palpazione profonda, eseguita a mo' di massaggio, la quale rivelerà la tensione rigida dei muscoli affetti. Non va però dimenticato che una tale tensione si verifica anche nei muscoli che sovrastano un osso o un'articolazione malata; dunque un necessario completamento dell'osservazione sarà fornito dalle prove funzionali della colonna vertebrale, facendo cioè eseguire al paziente dei movimenti di flessione e di lateralità; spesso non si può fare a meno di uno studio radiografico eseguito in due proiezioni; una sola proiezione si dimostra per lo più insufficiente specie nel caso di ossificazione iniziale dei legamenti anteriori. La radiodiagnostica eseguita in serie anche su soggetti apparentemente sani ha però dimostrato che la spondilite deformante, essendo molto più frequente di quel che una volta si supponeva, non rappresenta sempre una malattia nel senso di lesa funzionalità; e la presenza di « becchi » costituisce frequentemente un reperto accessorio o accidentale; solo per esclusione può essere considerata come causa determinante di rachialgie.

Nel caso di sospetto di m. di Bechterew lo studio radiologico dev'essere esteso anche alle grandi articolazioni, che spesso sin dall'inizio, come p. es. l'articolazione sacroiliaca, presentano dei contorni indecisi.

Anche la scoliosi o la cifosi, che per lungo tempo si mantennero silenti dal punto di vista subiettivo, possono provocare dei dolori, quando il paziente in seguito a cambiamento di occupazione sottopone a nuove esigenze lo apparato osteo-muscolare. Va ricordata ancora la rara spondilolistesi delle vertebre lombari che determina i dolori ai lombi e al sacro.

Come sintoma a distanza il dolore alla schiena deve richiamare in mente la possibilità di tbc. polmonare; esso è lontano di esserne specifico, ma talora costituisce la causa che per la prima volta porta il tubercoloso alla visita medica. Fra le malattie polmonari acute la polmonite, la pleurite e l'empiema s'iniziano frequentemente con dolori a carico della parte inferiore della colonna vertebrale toracica.

Le malattie del diaframma (in prima linea l'ernia diaframmatica), e degli organi ad essa adiacenti come la pericardite, la sclerosi coronaria, l'ascesso subfrenico, o processi di peritonite adesiva a carico della sierosa dello stomaco o della flessura lienale si manifestano spesso con dolori della schiena per il tramite delle fibre sensitive del frenico, il decorso delle quali è ancora poco noto. Lo stesso dicasi per la calcolosi biliare, mentre le ma-

lattie del parenchima epatico solo raramente danno le algie vertebrali.

Il pubblico profano connette spesso il dolore della schiena a possibilità di affezioni renali, il chè corrisponde alla verità solo nel caso di glomerulonefrite acuta; le nefrosi e il rene grinzo decorrono indolori, mentre le malattie del bacinetto si estrinsecano frequentemente con dolore lombare specie nel caso di calcolosi; la colica stessa però genera piuttosto i dolori al fianco o alle regioni addominali superiori. La sintomatologia dolorosa della idronefrosi è invece molto capricciosa; sembra che il dolore della schiena costituisca piuttosto l'appannaggio delle dilatazione modiche, per lo più congenite, mentre le ectasie rilevanti del bacinetto provocano piuttosto le irradiazioni dolorose verso il basso, nella direzione della vescica. Fra le malattie del tubo digerente, che nella loro sintomatologia annoverano anche il dolore alla schiena, in prima linea è da prendersi in considerazione la stenosi pilorica; l'ulcera non complicata raramente lo determina, e il punto doloroso di Boas si presenta in essa solo eccezionalmente; dopo la stenosi pilorica va ricordata la perforazione dell'ulcera nel pancreas. Nel carcinoma gastrico o pancreatico il dolore di schiena costituisce un sintoma tanto tardivo in paragone agli altri da perdere qualsiasi valore; lo stesso vale per i tumori del colon e del sigma.

È nota la frequenza dei dolori a prevalente sede sacrale nelle affezioni degli organi genitali femminili; del resto anche la mestruazione normale si accompagna spesso ad essi.

Per quel che riguarda il meccanismo d'insorgenza del dolore di schiena nelle malattie degli organi profondi, l'A. crede che la trasmissione riflessa avviene attraverso le fibre del sistema neurovegetativo che sboccano nei segmenti midollari corrispondenti alle terminazioni sensitive dei nervi cutanei; il fenomeno essenzialmente non differisce da quello che genera le zone di Head.

Vanno ricordati ancora i dolori dovuti a lesioni del midollo spinale, sia di natura infiammatoria, che neoplastica, specie quando vengono coinvolte le radici sensitive; ciò avviene anche nella meningite spinale, mentre l'opistotono meningitico o tetanico provoca algie di natura miogena.

Fra le cause funzionali del dolore possono, sebbene raramente, figurare infine anche neurastenie o le neurosi in genere. Comunque, il dolore « nervoso » può essere solo ammesso come « ultima ratio », dopo aver passato in rassegna tutte le possibili affezioni organiche che possono determinare il dolore alla schiena; agli stessi criteri deve ispirarsi la terapia; il medico rifuggirà dal così detto trattamento sintomatico, antialgico nel dato caso; tale terapia ha ragione di esistere solo quando nei limiti del possibile è stato effettuato il trattamento etiologico; solo allora per calmare il dolore si potrà ricorrere ai massaggi che rappresentano il migliore mezzo lenitivo adoperando in esso i soliti composti analgesici (olio di iosciamina, alcool, ecc.). S. MINZ.

## Trattamento del decubito con l'acido tannico.

(EARL O. LATIMER. *The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 10 marzo 1934).

La terapia ideale del decubito è la profilassi. Ma non sempre questa è sufficiente ad evitarlo, specie in pazienti con lesioni del midollo spinale emaciati, diabetici, oppure in casi di apparecchi gessati.

Fra le molte cure consigliate in caso di decubito vanno ricordate: la *pomata all'ossido di zinco*, la *soluzione di nitrato d'argento*, i *raggi ultravioletti*, i *raggi solari*, il *calore secco*, l'*escissione del tessuto necrotico* ecc.

Recentemente sono stati consigliati l'acido sulfo-salicilico e il tiocresolo.

La rassomiglianza delle lesioni del decubito con certe scottature ha suggerito il trattamento di certe lesioni da decubito con l'acido tannico.

Si adopera una soluzione fresca di acido tannico al 5 %. Il trattamento dovrebbe possibilmente essere iniziato prima che la pelle si rompa. Se questa è già rotta va pulita di tutte le parti macerate, e se vi sono croste è meglio eliminarle; se vi sono vesciche l'epitelio viene asportato in modo asettico.

Esposte all'aria tutte le lesioni vengono spruzzate *ogni ora con soluzione di acido tannico e negli intervalli la pelle viene esposta al calore secco* (luce elettrica o apparecchi Foehn per asciugare i capelli).

Le ferite che devono essere tenute asettiche e su cui bisogna impedire pressioni dirette vengono coperte con garza sterile satura di acido tannico.

Il trattamento viene continuato fino a che *non si formi un coagulo protettivo* resistente, ciò che richiede in genere da 24 a 48 ore. Dopo non si applica più della garza sterile per mantenere asciutta e pulita la ferita.

Man mano che il coagulo si distacca si livellano i bordi. Se per qualche ragione speciale è necessario eliminare prematuramente il coagulo, è prudente rammollirlo con petrolato.

La presenza di un'infezione non è necessariamente una controindicazione di questa terapia. In simili casi si tratta la ferita con soluzione antisettica fino alla guarigione dell'infezione e poscia si applica l'acido tannico.

Nel caso che l'infezione si stabilisse durante il trattamento sotto il coagulo, questo viene rimosso e dopo eliminata l'infezione si riapplica l'acido tannico. Qualche volta a causa dell'infezione bisogna staccare più volte il coagulo.

*Controindicazioni*: infezioni molto virulente, necrosi profonda dei tessuti, cointeressamento dell'osso. SCANDURRA.

# DIVAGAZIONI

## Capelli grigi.

L'incanutimento ha modalità e manifestazioni di comparsa nel tempo, varie nei diversi individui. Sono estremamente rari e discussi gli incanutimenti improvvisi da cause psichiche, ma esistono casi indubbi in cui si manifestarono in poche settimane o pochi mesi. Generalmente, però, l'incanutimento richiede molti mesi ed anche anni, con predilezione per certi territori, quali la tempia. Spesso, si ha un decorso analogo nei membri di una stessa famiglia, specialmente nell'incanutimento precoce.

Per quanto riguarda i singoli elementi, si osserva che non vi è affatto un parallelismo fra l'incanutimento di un dato capello e di quelli circostanti. Il processo di depigmentazione, iniziatosi in un singolo capello, procede rapidamente e può essere completo di alcune settimane ed anche meno, mentre i capelli attorno rimangono colorati, il che dà l'impressione del « grigio ». Assai più rara è la depigmentazione totale di una data regione o di tutto il capillizio e soltanto quando la canizie è progredita, si può avere l'impressione che tutta la capigliatura sia diventata più chiara.

La depigmentazione diffusa del singolo capello è piuttosto rara, mentre è più frequente il caso che essa sia parziale; in tal caso, può essere depigmentata la base oppure la punta. Nella barba e nei baffi, si osservano molti peli in cui la parte distale è ancora colorata, mentre è incanutita quella basale; il contrario si osserva al capillizio, in cui più spesso si nota l'incanutimento della punta. Soltanto eccezionalmente nei lunghi capelli femminili, se ne osservano di quelli in cui gli estremi sono colorati e si hanno fra essi degli spazi chiari e di quelli pigmentati. La depigmentazione dei capelli, dalla base alla punta, procede abbastanza rapida, con un progresso di oltre un centimetro in 2 giorni.

Varie sono le teorie esposte per spiegare l'incanutimento, a cominciare da quella di Metchnikoff secondo cui il pigmento veniva asportato dalle cellule migranti di origine ectodermica; secondo altri, si tratterebbe di un'insufficienza nella formazione di pigmento. O. Naegeli (*Schweiz. med. Wochens.*, 23 dicembre 1933) ritiene necessaria la revisione della dottrina in proposito e dimostra che le modificazioni si fanno nel pigmento già formato. Tale teoria è basata sulle seguenti osservazioni:

1) Rapido completamento dell'incanutimento del singolo capello e rarità relativa di un capillizio parzialmente depigmentato. Tenuto conto del lento accrescimento dei capelli (1 cm. al mese) possiamo pensare che non si tratti già di un'insufficienza di formazione di pigmento, ma si abbia in questo fatto una prova che nell'interno del capillizio pigmentario si abbiano modificazioni chimiche (di origine esogena ed endogena) del colore od una scomparsa del pigmento nell'una o nell'altra direzione.

Tenuto conto di questa rapidità di incanutimento del singolo capello, si può spiegare l'incanutimento totale rapido, in quanto che non si può ammettere un così rapido accrescimento dei capelli bianchi.

2) La presenza di capelli bianchi alla punta od in mezzo e pigmentati alla base, come pure l'incanutimento che procede dall'apice alla base, il che non potrebbe spiegarsi con la mancata formazione di pigmento

3) Il fatto che, fra il capillizio ancora ben pigmentato, si osservino dei singoli capelli completamente bianchi, senza forme di passaggio chiare ma ancora pigmentate. È difficile il pensare che una sostanza del carattere dell'ossidasi possa mancare a lungo in minimi spazi e funzionare bene altrove.

Tale modo di vedere non esclude la possibilità che anche altre cause contribuiscano all'incanutimento, nel senso di un'insufficienza nella formazione e nell'apporto del pigmento; ma dimostra che il diventare grigi dei capelli è dovuto essenzialmente alla perdita del pigmento già formato nei capelli stessi.

*fil.*

# NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

F. RADAELI. *Malattie cutanee*. IV edizione riveduta ed aumentata. Pag. 776 con 186 figure ed una tavola fuori testo. Milano, Casa editrice Francesco Vallardi, 1934. L. 80.

L'opera del clinico di Genova, di cui già in pochi anni si esaurirono ben tre successive edizioni, si ripubblica ora per i tipi del Vallardi dopo un lavoro di accurata revisione, per usare le stesse parole dell'A., di completamento e di aggiornamento.

Chi conosce le precedenti edizioni (di cui le due prime furono pubblicate sotto il titolo di « Diagnostica delle malattie cutanee ») e dia ora uno sguardo sia pure sommario a quella testè pubblicata, potrà facilmente convincersi che non solo alla fama indiscussa dell'insigne autore, il cui nome è già di per sè garanzia di sicuro successo, ma anche ai meriti intrinseci dell'opera si deve l'entusiastica accoglienza che ad essa ha fatto il pubblico medico e che si ripeterà di certo anche questa volta.

Raramente, si può dirlo senza timore di esagerare, è dato di vedere così come in questo trattato, scritto per i giovani discenti e i pratici (ma in cui anche i dermatologi di professione troveranno sempre alcunchè di nuovo e d'interessante) la profonda cultura medica e la lunga esperienza del clinico provetto, temprato alle difficoltà ed alle finezze dia-

gnostiche, mirabilmente fuse con l'arte del maestro che conosce il segreto di esporre agli allievi, senza sforzo, la sua materia ed anche innanzi agli argomenti più ardui e difficili sa rendere il proprio pensiero nella maniera più limpida e più attraente.

Questo pregio essenziale dell'opera ci dispenserebbe dallo spendere molte altre parole su di essa. Aggiungeremo perciò soltanto che l'A. dopo due capitoli sull'anatomia e fisiologia della cute e sulla semejotica e diagnostica generale delle dermatosi, scritti in modo succinto ma tale da dare un'idea completa di quanto è necessario conoscere, si addentra nel vivo della materia seguendo un criterio quasi esclusivamente morfologico, derivato, in parte almeno, dal primitivo piano del lavoro che in origine, come si è detto, non era che un manuale di diagnostica cutanea.

È indiscutibile che questo sistema (di cui è superfluo rilevare gl'inconvenienti, ma quale classificazione non ne ha?) è il più adatto per abituare la mente del lettore a ricercare in ogni dermatosi gli elementi essenziali che ne caratterizzano il quadro clinico originario ed a sceverarne tutto ciò che di sovrapposto, di secondario o di artificiale può mascherarne la fondamentale fisionomia obbiettiva: nè occorre dire con quanta perizia l'A. sia riuscito a porre sotto gli occhi di chi legge, in forma concisa ma non convenzionale e schematica il quadro delle singole malattie.

Rileveremo pure come l'A., pur non trascurando nessuna delle forme cutanee che, son sue parole, per la rarità loro o per essere state soltanto di recente convenientemente studiate non figuravano nelle precedenti edizioni, e facendo la dovuta parte ai nuovi reperti, ai nuovi concetti ed alle discussioni che la letteratura di questi ultimi anni registra in diversi capitoli della dermatologia; con giusto senso delle proporzioni si è tenuto nei limiti necessari per non sovraccaricare la sua limpida esposizione di ipotesi che solo nuove indagini e nuovi studii potranno confermare.

Come per ogni branca dello scibile anche per la dermatologia ogni epoca è caratterizzata da uno speciale indirizzo di ricerche: il tempo poi sépara ciò che da esso resta di vero e di duraturo da quel che è solo frutto del naturale entusiasmo per ogni nuova idea od anche della moda corrente.

Anche per la terapia l'A. si è attenuto al giusto mezzo tra l'infinita serie di metodi di cura e di medicamenti più o meno nuovi che ingombrano il campo delle specialità, e nessuno potrà non convenire in ciò che Egli aveva già detto nella prefazione alla III edizione, che cioè il segreto dei successi non sta tanto nella varietà dei mezzi che si usano, quanto nel conoscere bene il modo di agire dei mezzi stessi e nel saperli tempestivamente e correttamente applicare.

Ispirata a criterii così razionali, la nuova edizione delle « Malattie cutanee » che esce ora in veste tipografica corretta ed elegante, arricchita di numerose e ben riprodotte figure, alcune delle quali nuove ed in molta parte originali, non ha bisogno davvero di essere raccomandata ai lettori.

L'illustre autore, che ha già legato il suo nome alle geniali ricerche sull'etiologia del pemfigo e sull'angioendotelioma cutaneo, per non parlare che delle più note, ha con questo nuovo lavoro dimostrato come si possa essere e restare originali anche facendo soltanto opera elementare (intesa questa parola nel suo senso etimologico) e di divulgazione, ed ha acquistato un altro titolo di grande benemerenza verso gli studiosi della disciplina medica nella quale Egli è incontestato maestro.

V. MONTESANO.

## CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. MARTINET. *Diagnostic clinique - Examens et symptomes.* 6ª ediz. Vol. in-8°, di 1154 pagg, 867 fig. e 8 tav. a colori. Masson & C., Paris, 1934. Fr. 145.

Alla 6ª edizione di questo magnifico libro hanno collaborato gli stessi AA. ai quali Martinet si era associato per la prima edizione. Fermo restando il formato e la struttura dell'opera, notevoli modificazioni e nuove nozioni hanno però aumentato il valore della maggior parte dei capitoli.

Così la prima parte dell'opera, che è dedicata alla raccolta dei segni e dei sintomi con l'interrogatorio e con l'esame, è stata rifatta completamente per descrivere con minuziosa prolissità i metodi ed i procedimenti attuali dell'investigazione clinica.

La seconda parte dell'opera, *les symptomes*, rappresenta invece un complesso sintetico degli elementi raccolti nel corso dell'esame clinico. È qui sopratutto dove si rispecchia la grande personalità del Martinet, che eccelleva nel risvegliare l'attenzione del medico, sì da permettergli da arrivare, con un processo mentale di elaborazione, di coordinazione, di integrazione, dal sintomo alla malattia. Ed in realtà i collaboratori del Martinet non hanno potuto apportare che poche modificazioni a questo studio di sintomi, già così vivo per sè stesso.

Tra i capitoli nuovi che figurano in questa 6ª edizione vanno segnalati tuttavia quelli sull'apparato respiratorio, sull'apparato digerente, sull'apparato circolatorio. Numerose altre questioni semiologiche, già trattate nelle precedenti edizioni, sono state rimaneggiate ed aggiornate, come l'esame delle vie respiratorie intratoraciche, l'esame funzionale dell'intestino, del pancreas, del fegato, la diagnosi biologica delle malattie parassitarie o microbiche, ecc.

In definitiva dunque una vera enciclopedia

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

aggiornata della scienza del sintoma e della diagnosi — che è il fondamento della clinica — realizzata per opera dei dott.ri Desfosses, Laurens, Meunier, Lutier, Saint-Cêne e Jersòn, ai quali tutti i medici pratici debbono perciò essere grati. A. P.

C. Gallo. *Prontuario di analisi d'urina e semeiologia urinaria con preparati microscopici.* II ediz. Un vol. in-8°, con fig. Napoli (Capodimonte).

L'A. ha riunito, in una serie di schemi che formano oltre una ventina di tavole, i caratteri principali dell'urina, la tecnica delle ricerche chimiche ed il significato fisio-patologico dei vari reperti. Da ultimo, l'esame microscopico del sedimento ed un quadro differenziale delle nefriti.

Per la maggior parte, i metodi di ricerca indicati sono quelli comunemente adottati; di alcuni altri è talvolta discutibile la convenienza o l'utilità. In complesso, però, il libro costituisce un comodo riassunto per il medico pratico che, seguendone le indicazioni, può agevolmente eseguire da sè le ricerche di maggiore importanza in clinica. *fil.*

A. Lavenant. *Hygiène de l'urinaire.* Vol. di pagg. 122. G. Doin, Paris, 1932, Frs. 12.

Il primo consiglio dell'A. è diretto al medico e dice: bisogna innanzi tutto formulare una diagnosi esatta e completa prima di pensare alla cura: chè se le premesse furono esatte, la terapia non potrà recare che giovamento. L'antico adagio « Nisi juvat, saltem non noceat », che qualcuno più caustico alterava in « non neceat » deve esser bandito con ogni nostro sforzo, dalla medicina.

La materia è divisa in una prima parte comprendente l'*Igiene e la dietetica generale degli urinari e i regimi speciali.*

La seconda parte è dedicata agli *agenti fisici*: la terza alla cura nelle singole *principali affezioni* degli organi alti del sistema urinario.

Naturalmente non tutti i suggerimenti riescono nuovi: qualcuno anzi è di conoscenza comune. Tuttavia conviene riconoscere che molti altri rivelano il professionista abituato alle domande più assillanti dei malati e dei loro parenti, di fronte alle quali, qualche volta è facile rimanere imbarazzati.

Per questo si può ricorrere con sicura fede al manualetto, nel quale son dettati con esattezza e precisione, quei consigli dietetici ed igienici che nei libri di testo assai più estesi di solito non si ritrovano. E. M.

P. Zeri. *Considerazioni su settemila interventi chirurgici in 20 anni di servizio ospedaliero.* Sora, 1934.

Additiamo volentieri alla lettura di quanti operano in Ospedale, e non solo in Ospedale, questo volume dello Zeri, nel quale sono esposti con piana semplicità, con fluido stile, senza inutili sovrastrutture scientifiche ma con finissima critica i risultati di ben 7000 interventi.

Il sistema di pubblicare in succinto ciò che si può ottenere nelle diverse affezioni chirurgiche, operando razionalmente dopo uno studio clinico accurato del paziente, ci sembra il più pratico, il più commendevole. Il libro desta, come si è detto, un grande interesse: poichè si tratta non di uno o due casi che avrebbe potuto dar luogo ad altrettanti lavoretti, ma, come dice il titolo, di deduzioni dedotte da migliaia e migliaia di osservazioni.

Questo è, secondo il nostro modo di vedere, il migliore dei pregi della pubblicazione: la conclusione cioè, non scaturisce contorta da questo o da quel particolar caso, ma limpida, sicura, spontanea dall'osservazione di molti malati, tutti contemplati dal medesimo occhio, tutti curati dalla stessa mano, tutti vagliati alla stregua degli effetti pratici ottenuti.

Chi legge quindi può far tesoro dell'altrui esperienza, raggiungendo, più agevolmente, risultati eccellenti e brillanti. La cultura dello Zeri traspare evidente malgrado l'eseguità degli Autori citati: anzi non c'è nessuno dei metodi nuovi proposti che non sia stato, caso per caso, sperimentato. Bisogna ritenere dunque che le conclusioni dell'Autore rispecchino quanto di più attuale possa oggi concepirsi.

Auguriamoci che questo esempio di sintesi critica venga perseguito da lui stesso su un numero di malati pari a quello già pubblicato e che altri valorosi colleghi siano egualmente espronati a incanalarsi nello stesso ordine di idee. E. M.

E. Chabrol. *L'évolution du thermo-climatisme.* Vol. in-16°, di pagg. 164. Manon & C. 1934. Fr. 22.

Questo piccolo libro può servire di preambolo ad una collezione d'opere di terapia idroclimatologica. Era interessante infatti di fissare l'evoluzione di un metodo di cura praticato fin dall'antichità e di cui alcuni principî fondamentali ci sono stati trasmessi fedelmente attraverso i secoli: in questo volumetto è esposta appunto l'evoluzione del termo-climatismo dall'antichità ai nostri giorni.

La prima parte indica le grandi date del termo-climatismo dai Greci fino all'epoca contemporanea, epoche che hanno veduto nascere le stazioni mondane del mar Egeo, le « aquae » dei Romani, le fontane d'acqua calda della Gallia, origine delle prime stazioni termali della Francia. La seconda parte tratta della fede termale nell'antichità, della moda idro-minerale attraverso le età, in Grecia, a Roma,

nel medio Evo, nel Grande Secolo durante il quale, come affermano gli scritti di Scarron, di M.me de Sévigné, la moda termale faceva furore con i suoi tre centri di Forges, di Vichy e di Bourbon « le tre rivali ».

In un capitolo riservato agli studi medici nel campo del termo-climatismo l'A. mostra brevemente come i metodi di cura, le indicazioni terapeutiche, l'importanza del medico furono compresi a traverso gli anni; infine un ultimo capitolo sulla curiosità scientifica mostra che il termo-climatismo fornisce al pensiero umano un campo meraviglioso di ricerche e di meditazioni.

Chiude il volume una parte d'ordine amministrativo riguardante i metodi di propaganda, i centri di ricerche scientifiche, i centri di insegnamento medico ecc. A. POZZI.

---



# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 26 maggio 1934.

Presidenza: prof. S. BAGLIONI, presidente.

### Tecnica chirurgica della toracoplastica antero-laterale

Prof. M. ASCOLI. — La tecnica della toracoplastica antero-laterale quale fu esposta nel marzo 1933 al Congresso della Federazione Italiana per la lotta contro la tubercolosi, è stata alquanto modificata sulla base dell'esperienza di circa 60 interventi. Ecco come viene ora eseguita l'operazione. Il primo tempo consiste nella frenico-exeresi oppure frenico-frassi e nella resezione della 4ª, 5ª, 6ª, 7ª costa lungo una linea che va dall'emiclaveare all'ascellare posteriore. L'incisione cutanea risulta quasi trasversale e inizia sopra la mammella. La lunghezza del tratto resecato va da 10-14 cm. della 4ª a 5-6 cm. della 7ª. Nel secondo tempo che viene abitualmente eseguito dopo una settimana con un taglio angolare che decorre parallelo alla clavicola e poi piega in basso sulla parasternale si reseca molto ampiamente la 3ª costa e la seconda fino all'ascellare media o posteriore. L'esperienza ha dimostrato come anche in questa toracoplastica sia necessaria una demolizione della prima per ottenere l'elisione di cavità apico e sottapicali; noi abbiamo potuto eseguire resezioni subtotali della VI costola per via sottoclavicolare che non era stata mai seguita precedentemente. Ci eravamo persuasi della scarsa utilità pratica delle vie sopraclavicolari e transclavicolari previa mobilizzazione della clavicola, solo la via posteriore paravertebrale ci era sembrata rispondente allo scopo. Essa è però indubbiamente più difficile della sottoclavicolare, e necessitando la sezione di spessi strati muscolari di gran lunga più traumatizzante. È necessario naturalmente un armamentario speciale; quello di Maurer per la resezione della prima per via posteriore risponde ottimamente. Noi abbiamo eseguito la resezione della prima circa cinquanta volte non solo per la plastica ma anche per altri interventi sull'apice, essa è sempre stata tecnicamente possibile, soltanto in un caso di resezione l'intervento su una prima già sezionata si ferì la vena succlavia senza per altro gravi conseguenze. La resezione della prima per via sottoclaveare riesce più facile negli individui con torace a tipo enfisematico per ragioni ovvie.

La toracoplastica viene eseguita con anestesia loco-regionale, ma nulla controindica l'uso della narcosi eterea nei casi nei quali questa si dimostri necessaria. Il periostio vien trattato con soluzione di formalina al 10 % per evitare il riformarsi dell'osso. La mortalità operatoria è inferiore al 2 % avendosi avuto un sol caso di morte da attribuire in base al reperto autoptico a uno stato timico.

### La registrazione meccanica bilaterale contemporanea del riflesso rotuleo nell'uomo.

Dott. F. PERRINI. — L'O. dopo avere riassunto i varii metodi di misurazione diretta e indiretta del riflesso rotuleo nell'uomo, descrive un'apparecchio di registrazione grafica diretta bilaterale che consente di studiare il comportamento in funzione del tempo dei valori medi, e loro variazioni,

del riflesso rotuleo contemporaneamente nei due lati in condizioni fisiologiche e patologiche, e i rapporti sia con lo stimolo periferico, sia con i centri nervosi superiori (tono, inibizione, ecc.) nel determinismo della natura riflessa o periferica del fenomeno.

**Miglioramento nelle alterazioni scheletriche di un'operata di paratiroidectomia per osteosi fibrocistica.**

Prof. R. ALESSANDRI. — L'O. ha presentato due anni fa all'Accademia, insieme col prof. Frugoni, una malata di osteodistrofia fibrosocistica generalizzata (malattia di Recklinghausen), operata di un adenoma della paratiroide inferiore destra con risultato eccellente immediato per l'abbassamento della calcemia e della calciuria, per il saldamento di una frattura dell'omero destro, che datava da un anno e non si era consolidata (pseudoartrosi).

Ha anche riferito il caso al 40° Congresso della Società Italiana di Chirurgia, tenutosi a Pavia nell'ottobre scorso, per la guarigione avvenuta nel tempo normale e con callo ben costituito di fratture multiple dell'arto inferiore sinistro, e di una refrattura dell'omero, riportata per caduta a distanza di 54 giorni dalla paratiroidectomia.

Poichè è stato da alcuni messo in dubbio il rapporto fra iperparatiroidosi e osteodistrofia fibrocistica, l'O. crede interessante riferire, a due anni di distanza, le condizioni della malata (che presenta); e specialmente per quel che riguarda le modificazioni delle alterazioni scheletriche, il comportamento della calcemia, della calciuria e della fosfotemia, e il bilancio del calcio.

Dalle osservazioni fatte risulta chiaramente il miglioramento nella calcificazione e struttura delle ossa, nonchè nella calcemia, fosfatemia, calciuria e bilancio del calcio, che dunque da questo caso restano dimostrati direttamente in rapporto colle paratiroidi, alla cui azione in eccesso appare legata la sindrome osteofibrocistica generalizzata.

**Modificazioni della circolazione sanguigna periferica consecutica a interventi chirurgici sulle paratiroidi.**

Dott. B. PAGGI. — L'O. ha studiato in due ammalati sottoposti ad interventi sulle paratiroidi le modificazioni del circolo periferico, determinando prima e dopo l'operazione la termometria cutanea, l'oscillometria, la capillariscopia.

Dimostra che alla ablazione di una paratiroide consegue aumento della temperatura cutanea periferica, aumento dell'ampiezza dell'indice oscillometrico.

La pressione e il quadro capillaroscopico rimangono invariati.

Uno studio del comportamento dell'indice oscillometrico nei cani sottoposti a paratiroidectomie di varia entità, non ha permesso a causa di difficoltà tecniche, che conclusioni di scarso valore.

Prof. A. CHIASSERINI. — *Resezione del retto in casi di proctite stenosante.*

**Rapporti sperimentali tra resistenza globulare osmotica tossica ed emolitica.**

Prof. R. GOSIO. — L'O. trae argomenti dalla osservazione clinica, con le inerenti ricerche di laboratorio, e dall'esperimento in vitro ed in vivo per gettare le basi su cui avvisare una eventuale componente tossica od emolitica negli spostamenti patologici, spesso subnormali, della resistenza osmotica delle emazie. Le presenti ricerche dimostrano sufficientemente che la R. G. O., se considerata dal punto di vista esclusivamente osmotico nella sua interpretazione clinica, può essere fallace e deve aprire il campo a discussioni patogenetiche di natura molteplice.

*Il Segretario*: G. AMANTEA.

## Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 14 giugno 1934.

Presidenza: prof. on. FIORETTI ERMANNO.

**Aneurisma dell'iliaca comune destra da sindrome pseudo appendicolare.**

Dott. G. SCOLLO. — L'O. illustra un caso di aneurisma dell'arteria iliaca comune destra, manifestatasi con una sindrome peritoneale simulante un tipico quadro di appendicite acuta. In assenza di ogni segno clinico diretto, l'unico dato che esisteva a favore della diagnosi d'aneurisma della iliaca d. era la differenza nella forza d'impulso del polso periferico alla femorale. Onde l'O. consiglia, di fronte a una sindrome dolorosa recidivante della fossa iliaca d., di pensare anche alla rara eventualità di un aneurisma dei vasi iliaci e di ricercare, pertanto, sistematicamente lo stato della circolazione periferica alla femorale.

**Indagine comparativa della funzionalità gastrica per mezzo delle colazioni di prova.**

Dott. C. ARULLANI. — Da un'analisi fisio-patologica del processo della secrezione gastrica si traggono deduzioni intorno agli inconvenienti derivanti dall'impiego di mezzi di stimolazione diversa. Si consiglia di unificare la tecnica del sondaggio, preferendo il brodo di concentrato di carne come colazione di prova.

**La resezione gastrica come terapia d'urgenza nelle perforazioni acute gastro-duodenali.**

Dott. S. CIANCARELLI. — L'O. comunica 19 casi di ulcere duodenali perforate trattate con la resezione gastrica senza un morto.

Sostiene che la resezione gastrica è il metodo migliore e più sicuro per curare la complicazione e la malattia. Consiglia di praticarla nelle prime ore e anche tardi quando le condizioni generali lo permettono. Confronta i risultati ottenuti con la resezione e con le operazioni conservative da numerosi chirurghi stranieri e dà le indicazioni per la resezione fondata più che altro sulla propria esperienza.

Discussione: proff. GALLI A.; PUCCINELLI; CHIASSERINI; ARCANGELI; PONTANO; ANTONELLI.

**Le pleuriti purulente dell'infanzia.**

Dott. G. SCOLLO. — L'O. traccia un rapido quadro dell'etiologia, patogenesi e diagnosi delle pleuriti purulente dell'infanzia, sulla scorta di una quarantina di casi, da lui osservati e personalmente curati in gran parte all'ospedale del Bambin Gesù in Roma.

S'intrattiene a lungo sul discusso problema della cura e mette anzitutto in evidenza l'irrazionalità dell'esclusivismo terapeutico in una malattia

quale la pleurite purulenta, così variabile negli aspetti clinici o nel decorso in rapporto a numerosi fattori. Trattando della cura chirurgica si dimostra nettamente favorevole al trattamento chiuso e illustra il metodo operatorio personale adoperato. *Il Segretario*: Prof. A. D'AVACH.

## Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 25 maggio 1934.

Presidenza: Vice presid.: prof. MAGGIORA VERGANO.

**Lesioni cutanee della linfogranulomatosi inguinale subacuta di Nicolas-Favre.**

Dott. A. MIDANA. — Il quadro clinico della malattia di Nicolas-Favre, con la scoperta e la pratica applicazione della reazione di Frei, si è completato in quanto che sono state successivamente comprese manifestazioni di vario tipo e sede delle quali solamente l'intradermoreazione ha permesso di riconoscere l'identità eziologica comune. Le localizzazioni cutanee del virus ignoto della linfoadenite inguinale sono rarissime a riscontrarsi; l'O. illustra un caso di malattia di Nicolas Favre con adenopatia imponente e lesioni cutanee alle regioni glutee ed alle coscie che nell'aspetto simulava una banale forma di piodermite a tipo ectimatoso, ma le cui proprietà antigene (intradermoreazione alla Frei positiva con estratti di tali lesioni) e l'intraepidermoinoculazione hanno permesso di dimostrare la natura specifica. L'O. ritiene che questa localizzazione atipica dimostri come il virus ignoto della linfoadenite inguinale, la cui affinità per il sistema linfatico è ben nota, possa talora in date condizioni e per influenza ignota assumere una spiccata attività dermotropa.

**La reazione del fenomeno di ostacolo di Donaggio nella orina di sifilitici sottoposti al trattamento specifico.**

Dott. F. FRANCHI. — L'azione precipitante esercitata da una soluzione di molibdato di ammonio verso un colore basico di anilina (tionina) si esplica completamente o quasi, in presenza di orine o di liquor normali; in determinate condizioni sia l'orina che il liquor possono acquistare la proprietà di ostacolare o inibire la precipitazione della tionina. Questo particolare comportamento dell'orina e del liquor è stato da Donaggio denominato fenomeno di ostacolo e riferito a variazioni quantitave dei colloidi.

Nelle orine di sifilitici prima e dopo il trattamento questo fenomeno è strettamente legato al periodo florido delle manifestazioni, sempre che l'organismo non sia stato in precedenza sottoposto al trattamento specifico.

Sotto l'influenza regolarizzatrice della cura specifica, l'organismo viene riportato in uno stato che si può dire di equilibrio colloidale. Durante il periodo mestruale e spesso anche nei giorni immediatamente precedenti in pp. dismenorroiche, i valori del fenomeno di Donaggio subisce un aumento.

**Il comportamento del reticolo endotelio in sifilitici sottoposti al trattamento specifico.**

Dott. G. G. SCAPARONE. — L'indice di ritenzione del rosso congo, che negli individui normali è in media di 0,37, l'O. l'ha trovato in 23 pp. affetti da sifilide primaria eguale a 0,45, in 24 pp. affetti da sifilide secondaria 0,60, in due casi di lue terziana (gomme ulcerate 0,48); in 3 di lue latente 0,32.

I valori più alti quindi si travono nel periodo secondario quando le variazioni morfologiche del S.R.-E. sono più pronunciate e quando i processi proliferativi del mesenchima aumentano l'estensione del sistema.

Altre determinazioni dell'indice compiuto in luetici sottoposti al trattamento specifico dimostrerebbero una relazione bifasica del S.R.-E.: una prima fase fugace di eccitamento, resa evidente da una maggiore capacità di assorbimento del colorante, da comprendersi probabilmente nel quadro della reazione di Herxheimer; una seconda fase di inibizione, con minore assorbimento del colorante, da mettersi in rapporto in parte con un eventuale blocco del sistema, prodotto dai medicamenti antiluetici, in parte con la progressiva diminuzione dell'estensione del sistema, dovuta alla scomparsa delle manifestazioni luetiche sotto l'influenza del trattamento.

**Sul veleno di cobra nel trattamento delle algie.**

Prof. NEGRO e dott. PENNACCHIETTI e G. SIMONINI. — Gli OO. hanno trattato 88 casi col veleno di cobra. Si trattava di nevralgie in genere, di ischialgie, polinevriti, tabe dorsale, mialgie, radicoliti, e di carcinomi incurabili; in tutti i casi si trattava di casi gravi curati senza risultato con terapie svariatissime. Come dose usarono in genere una soluzione in acqua distillata in modo da avere una soluzione di 1/50 di mmgr.; in pochi casi fu superata questa dose. Le iniezioni erano praticate nei muscoli del braccio; non si ebbero disturbi secondari. Le iniezioni erano eseguite una ogni 4 giorni e poi vennero progressivamente distanziate.

Gli OO. sostengono che il veleno di cobra ha un'azione analgesica potentissima, superiore a quella di tutti gli analgesici, e che in un gran numero dei casi si ottiene la scomparsa definitiva del dolore.

**Su di un caso di rottura della milza da periarterite nodosa.**

Prof. C. MANCA. — L'osservazione venne fatta in un uomo di 51 anni e si trattava di lesioni inizialissime e la localizzazione era esclusivamente nelle arterie della milza. Il p. venne a morte per la rottura dell'organo, evenienza che non è stata mai descritta nelle periarteriti nodose. Dal lato clinico si è avuto un decorso clinico subdolo ed afebbrile.

**Su di un caso di pneumonite primitiva nell'uomo da Actinomycoses asteroides Eppinger.**

Prof. C. MANCA. — Questo primo caso descritto in Italia fu studiato in una donna di 24 anni che presentava una sintomatologia clinica tale da far sospettare una lesione tubercolare. Degne di rilievo sono in questo caso la localizzazione primitiva nel polmone, il decorso rapido della malattia, le particolarità anatomo-istologiche della pneumonite, che ricordano da vicino la pneumonite tubercolare.

*Il Segretario*: VILLATA.

## Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 3 luglio 1934.

Presidenza: prof. C. RIGHETTI.

Dott. F. CHIANCONE. — *Alcuni caratteri fisico-chimici delle urine di ratti a dieta iperproteica.*

**Contributo alla fisiopatologia della conducibilità elettrica della cute.**

Dott. A. DELL'AQUILA. — L'O. espone un metodo personale per la determinazione della conducibilità elettrica della cute e le varie condizioni d'esperimento. Conclude che la curva della cond. della cute varia nei diversi individui e nelle diverse regioni del corpo e che i peli aumentano la resistenza, che il caldo aumenta la conducibilità ed il freddo la diminuisce, come anche la compressione dei vasi, mentre la decompressione l'accresce, ed infine che i R.U.V. fanno raggiungere più rapidamente alla curva il suo massimo.

**Sull'innesto singenesioplastico peduncolato di cute nell'uomo.**

Prof. M. RONZINI. — Facendo seguito ad una precedente comunicazione, porta il contributo di due innesti peduncolati di cute tra consanguinei (da madre a figlia) appartenenti allo stesso gruppo sanguigno (gr. 0). Tali innesti furono praticati uno su tessuto di granulazione (ulcera varicosa della gamba) e l'altro su sottocutaneo normale alla radice della coscia previa escissione di analogo lembo cutaneo dal soggetto ricevente. In 9ª giornata furono sezionati i rispettivi peduncoli che si dimostrarono riccamente vascolarizzati. Tuttavia in 12ª giornata i due lembi trapiantati si staccarono in preda a processo di mummificazione.

Da tali ricerche l'A. conclude per la negatività dell'innesto omoplastico di cute anche ad onta dei rarissimi casi registrati di presunto attecchimento.

**Considerazioni sulla riattivazione del liquor nei neuroluetici.**

Dott. G. RENZETTI. — L'A. dopo aver elencate le cause che in alcune forme morbose neuroluetiche determinano la negatività del liquor, ha tentato la riattivazione di questo mediante introduzione nel cavo rachideo di un preparato bismutico (Trépol). Avendo ottenuto una percentuale di riattivazioni inferiore a quella riportata da autori americani, discute sui vari fattori che influiscono sul fenomeno riattivante del liquor.

Discussione: prof. POPPI.

**L'aminoacidemia nella gravidanza normale.**

Dott. G. SANNICANDRO. — Dallo studio eseguito su 75 gravide normali é risultato che il tasso medio degli aminoacidi del sangue durante la gestazione non subisce nessuna modificazione.

Esso infatti si aggira tra i mmgr. % 5,75 (minimo) e mmgr. % 7,50 (massimo) con una media di mmgr % 6,50.

Nelle non gravide, colla stessa tecnica, è stata riscontrata una media di mmgr. % 6,50.

Il metodo impiegato è quello gassometrico di V. Slyke.

Discussione: GALLERANI, TRAVAGLINI, MILELLA.

**La lipemia nel carcinoma dell'utero irradiato.**

Dott. A. CHIMENTI. — Ricerche col metodo Bang-Condorelli sul tasso dei lipoidi nel sangue di 12 pazienti affette da carcinoma della portio.

Prima dell'irradiazione, da un confronto con i dati offerti dalla lipemia di donne normali, si rileva un notevole aumento della colesterina libera e combinata e dei fosfatidi; trascurabili le differenze delle altre due frazioni: grassi neutri e saponi.

Nel corso dell'irradiazione (Radium) si constata una lieve diminuzione delle varie frazioni lipoidee; tale variazione è rilevabile ancora al termine della radiumterapia.

Discussione: prof. GALLERANI. *Il Segretario.*

## Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 21 luglio 1934.

Presidente: prof. A. CESARIS DEMEL.

**Coliti e reazioni leucemoidi.**

C. CASSANO. — L'O. riferisce intorno a due osservazioni di vivace reazione leucemoide in infermi portatori di colite acuta e subacuta. L'una e l'altra osservazione ebbero esito in guarigione, e col declinare della sintomatologia colitica, il quadro leucemoide andò svanendo. L'O. si intrattiene a considerare l'essenza della reazione leucemoide, e cerca di delimitarne i confini rispetto ad altri quadri secondari o primitivi di alterata crasi sanguigna. Illustra il valore che probabilmente spetta alle lesioni colitiche nel determinismo dell'illustrata reazione ematologica.

*Il Segretario.*

---

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Il linfatismo nel dominio dermatologico.

J. Gaté e P. J. Michel (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 maggio 1934) sono convinti dell'esistenza di un terreno, di un temperamento particolare che, in mancanza di termini più precisi, si può chiamare linfatico.

Gli AA. ne separano nettamente quello che si chiama la scrofola, che è talvolta dell'eredo-sifilide, più spesso della tubercolosi attenuata; essa può essere modellata, in un senso particolare, dal linfatismo su cui si sviluppa, ma conserva i suoi caratteri d'infezione particolare ed autonoma. Il così detto « scrofolo-linfatismo » non è più soltanto linfatismo, ma deve condividere la sorte della scrofola.

Sul terreno linfatico, si posson spesso sviluppare le dermatosi banali, come le infezioni cutanee (impetigo, piodermite) l'eczema seborroico, l'acne polimorfo, la psoriasi ed i scheloidi; tali forme per il terreno stesso su cui si sviluppano, prendono un particolare andamento di lentezza e di tenacità.

Nei linfatici a manifestazioni cutanee osservati dagli AA., il metabolismo basale sembra spesso diminuito, ed in forte proporzione; tale prova merita uno studio più completo. Ad ogni modo, questa ricerca ha mostrato, in qualche caso in cui le manifestazioni cutanee facevano pensare ad un linfatismo inapparente, che non è irrazionale, in dette condizioni, di mettere in causa la diminuzione del metabolismo basale.

L'esistenza del terreno linfatico, oltre beninteso le qualità speciali dell'agente patogeno, può talora render conto dell'andamento relativamente benigno della tubercolosi cutanea e delle tuberculidi in alcuni bambini. Inoltre, lo studio delle reazioni umorali della tubercolosi in alcuni individui linfatici fa pensare alla possibile importanza di un'impregnazione tubercolare attenuata, vaccinante, allergizzante, nell'eziologia probabilmente multipla e variabile, del linfatismo.

Comunque, in dermatologia, non si può disconoscere l'importanza del linfatismo, per la condotta da tenere nei bambini che ne presentano le stigmate. In presenza di questi individui, dalle carni molli ed impastate, dalle reazioni vitali rallentate, dagli attacchi ganglionari del tutto sproporzionati con le infezioni locali causali, bambini che si continuano a curare per delle impetigini, che non finiscono mai, per delle piodermiti interminabili, per degli eczemi seborroici tenaci e recidivanti, è essenziale trattare il terreno. Si ricorrerà pertanto agli agenti modificatori della nutrizione, specialmente allo zolfo e soprattutto all'arsenico, eventualmente agli estratti ghiandolari (tiroide), alla cura solare, marina, montana, a certe stazioni termali capaci di attivare la nutrizione ed il metabolismo, l'apporto terapeutico necessario per modificare il terreno e di guarire le dermatosi. *fil.*

### La dermatite da bagno all'aperto.

M. Oppenheim, nel 1926, ebbe a descrivere una forma di dermatite, che aveva osservato in individui che si erano bagnati in una pubblica piscina. Ulteriori osservazioni vennero fatte in Austria, Germania, Francia ed, in Italia, da La Cava.

Il quadro clinico è il seguente. Insorgenza, dopo circa 24 ore dal bagno; forma dapprima eritematica, evolvente verso forme elementari papulose, vescicolari e bollose in alcuni individui che quasi sempre dopo il bagno si sono sdraiati nudi sull'erba. L'eritema è fascicolato, a strisce e dà luogo a vescicolazione con elementi confluenti, a contenuto per lo più limpido, scaglionato lungo le linee primitive, le quali non invadono la pelle circostante. Le linee sono nettamente delimitate.

Si ha prurito, naturalmente variabile da un individuo all'altro; febbre per lo più assente; in qualche caso, pigmentazione, sempre in dipendenza del fattore costituzionale, endocrino od allergico.

L'eziologia ne è stata variamente interpetrata e si è venuta manifestando la tendenza ad attribuirla ad azione di vegetali. F. De Napoli che (*Bull. scienze med. Bologna*, gennaio-febbraio 1934) ne ha fatto uno studio clinico e sperimentale rileva che essa è prodotta da agenti esterni che appartengono al regno vegetale e prevalentemente dai succhi espressi da alcune ranunculacee. Le lesioni provocate sono morfologicamente differenti in dipendenza della durata della loro azione, nonchè del loro contenuto in sostanze irritanti, che può variare da un luogo all'altro, in dipendenza dell'ambiente e per le sostanze assorbite dal terreno.

Per la produzione della dermatite, è necessario che la pelle sia bagnata, di acqua o di sudore. L'azione del sole è necessaria. *fil.*

### Epidermofizia plantare disidrosiforme.

Dopo aver ricordato che durante il Congresso del Centenario, nell'Uruguay, Talice e Mackinnon hanno riferito due casi di epidermofizia plantare disidrosiforme, prodotta dall'Epidermophyton flocosum, agente etiologico dell'Eczema marginato di Hebra, Flavio L. Niño (*La Semana Médica*, 24 maggio 1934), passa ad illustrare un caso di questa malattia, il primo segnalato in Argentina.

Si tratta di uno spagnolo di 28 anni, senza antecedenti ereditari e personali importanti. Otto mesi prima dell'ingresso in Clinica, cominciò a soffrire con prurito plantare specialmente notturno, dolore nel camminare e com-

parsa di numerose vesciche di varia grandezza.

Esame obiettivo: si osserva su tutta la pianta del piede una serie di vesciche alcune confluenti tra loro, alcune rotte e col fondo rossastro. I solchi interdigitali sono liberi ad eccezione del primo.

Da tutte queste lesioni esce una sierosità giallognola che disseccandosi forma delle croste di varia grandezza. Il paziente è apirettico e si lamenta molto per l'intenso prurito alle piante dei piedi.

Esame delle orine e morfologico del sangue: normali.

Reazione di Wassermann: negativa.

L'esame delle squame croste plantari trattate con potassa caustica, mostrò la presenza di formazioni miceliche, costituite da filamenti continui o artrosporati, ialini, flessuosi, di diametro: μ 2 — 2 1/2. La semina sopra terreno Sabourand glucosato sviluppò lentamente una colonia piana, radiata, di aspetto polverulento e di colore bianco giallastro. L'esame microscopico di una porzione della cultura mostrò ricchezza straordinaria di fusi con 3-4 settori con l'estremità libera arrotondata, insomma con i caratteri dei fusi degli Epidermophyton.

Il tentativo di inoculare una porzione di cultura nel derma di una cavia, fallì.

Si fece pertanto diagnosi di epidermofizia plantare da Epidermophyton flocosum sui cruris.

Le superfici malate furono sottoposte con successo a pennellature di tintura di iodio e applicazioni di Biodermol. VICENTINI.

**La cura della seborrea del viso con una pomata acida.**

A. Marchionini (*Dtsch. med. Wochr.*, 22 giugno 1934) premette che sono largamente note le vicende della scuola di Schade sulle proprietà fisico-chimiche dei tessuti. Schade e Marchionini in particolare hanno dimostrato l'esistenza di un « mantello acido » negli strati superficiali della cute. Sembra ora provato che negli strati seborroici si abbia nelle zone affette una diminuzione dell'acidità di questo strato: onde le anomalie della secrezione sebacea, il pullulare di germi e i disturbi della corneificazione dell'epidermide.

È inoltre ben noto ed è chiara dimostrazione di quanto ora si è detto, che la cute seborroica è ipersensibile verso i saponi alcalini, tanto che coloro che sono affetti da tale forma morbosa smettono spesso spontaneamente l'uso del sapone.

Partendo da tali principî teorici viene ora proposto un nuovo metodo di cura della seborrea così schematizzato:

1) abolire l'uso del sapone;

2) lavare al mattino il volto con un'acqua così composta:

| | |
|---|---|
| acido salicyl. | 0,1 |
| resorcina | 1,0 |
| acqua dist, a d. | 100 |

3) alla sera ungere il volto con una pomata a base di acido citrico e lattico che è preparato su ricetta dell'A. da una nota Casa di medicinali.

Tale pomata esiste in due forme: l'una più acida con pH tamponato a 2,3 e l'altra meno acida con pH 4,6, l'una da usarsi come cura d'attacco e l'altra per il trattamento successivo.

L'A. riferisce di aver curato con tale metodo circa 200 malati negli ultimi 4 anni ottenendo buoni risultati sia nei casi di seborrea, che in quelli di eczemi seborroici del viso, di pitisiasi semplice, nell'acne e anche nella rosacea.

PUDDU.

**La radioterapia nei foruncoli del labbro superiore.**

In questa temibile localizzazione del foruncolo, che è spesso aggravata dal traumatismo chirurgico, Faure-Beaulieu, P. Gilbert e I. Solomon (*Soc. méd. hôpitaux*, 20 giugno 1934) hanno ottenuto ottimi risultati con l'applicazione dei raggi X. Riportano 6 casi di foruncolo del labbro superiore ed uno della guancia; nelle ore che seguono la prima seduta (che spesso è rimasta unica) si ha recrudescenza dei segni locali, fisici e funzionali; poco dopo, apertura di un piccolo foro cutaneo, da cui esce uno scarso scolo sieroso; in qualche giorno, regressione, il più spesso senza suppurazione vera e propria, nè eliminazione del cencio.

In una statistica di Baensch (Lipsia) si sono avuti su 100 casi trattati con questo metodo 1,9 % di morti (in individui trattati troppo tardi, già con segni di trombosi del seno cavernoso), mentre su 100 casi trattati chirurgicamente, la mortalità è stata del 10,7 %.

*fil.*

## SEMEIOTICA.

**Le cefalee nei sifilitici.**

La cefalea sifilitica ha generalmente il suo massimo vesperale e notturno, non è localizzata, ma estesa, profonda, accompagnata dalla senzazione di pressione, di rinserramento di una morsa e talvolta lancinante.

Non bisogna però credere che tutte le cefalee che si osservano in sifilitici anche conclamati, abbiano per origine la sifilide. Parecchie ne possono essere le cause: meningiti non sifilitiche, malattie infettive, uremia, ipertensione, anemia, lesioni craniche diverse, lesioni endonasali o sinusali. Ad esse, J. Nicolas e J. Rousseau (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 maggio 1934) aggiungono alcune osservazioni di cefalee di origine gastrica, epatica ed intestinale; la causa è spesso misconosciuta, sicchè la diagnosi ne diventa difficile e talvolta si prosegue inutilmente un trattamento antisifilitico, che non porta nessun vantaggio, mentre una cura adatta ed una congrua alimentazione portano spesso a risultati sorprendenti.

*fil.*

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Nuove direttive della terapia calcica.

Da alcuni anni la calcio-terapia è, si può dire, la medicazione più in voga, usata per molti stati morbosi, la tubercolosi, il rachitismo, gli stati anafilattici, ecc. Terapia che ha i suoi fondamenti scientifici nelle numerose ricerche di fisiopatologia, che hanno dimostrato come non vi sia quasi attività fisiologica che non sia influenzata dalla concentrazione del calcio nel sangue e nei tessuti. Tale influenza si eserciterebbe, secondo le più moderne vedute della chimica colloidale, nel senso di inibire una eccessiva imbibizione o rigonfiamento dei biocolloidi, sui quali il calcio svolgerebbe un'azione gelificatrice, favorendo il passaggio dallo stato liquido a quello solido.

Di questo elemento, ad azione intimamente connessa con le funzioni vegetative, dinamiche, chimiche ed ormoniche, è pertanto necessario studiare le modalità del ricambio, se se ne desiderano i più attivi effetti terapeutici.

In condizioni normali, l'organismo provvede al proprio fabbisogno in calcio, mediante l'introduzione con gli alimenti e l'acqua, mentre ne elimina l'eccesso con le feci ed i liquidi escretizi. Se invece la quantità introdotta è insufficiente o l'eliminazione ne è eccessiva, ne consegue un impoverimento di sali di calcio, una deficienza calcica, che si manifesta con varî stati morbosi, espressione della demineralizzazione.

La somministrazione, *sic et simpliciter* del calcio per via orale ha un'efficacia molto relativa e presenta anche varî inconvenienti. Si ricorre perciò di preferenza alla somministrazione parenterale, per via endomuscolare od endovenosa. Ma, anche in tal modo, non sempre si ottengono gli effetti desiderati, sia perchè il calcio viene rapidamente eliminato, sia per l'incapacità dell'organismo a fissarne i sali. Non bisogna poi dimenticare che la brutale introduzione, che noi facciamo con l'iniezione endovenosa, turba violentemente l'equilibrio della calcemia, derivandone conseguenze varie per l'organismo, nel senso di provocare fenomeni anafilattoidi e di provocare un consecutivo abbassamento della calcemia.

A questi varî inconvenienti si è cercato di opporsi in parte, associando il calcio ad elementi ormonici con azione calcio-fissatrice, a fattori vitaminici e coadiuvando la cura mediante fattori fisici (raggi U. V.).

Ma, osserva giustamente G. Roi (*Annali d'igiene*, giugno 1934, supplemento), che i sali finora usati per la somministrazione del calcio (gluconato, isobutirrato, piruvato) non sono i più adatti per l'introduzione del calcio nello stato fisico-chimico più confacente per la sua assimilazione. Tale stato si trova invece nell'oleato di calcio il quale, come del resto tutti i sali dei termini superiori della serie alifatica, rappresenta (nella soluzione acquosa) un sistema colloidale vero e proprio, con tutte le proprietà di tali sistemi; vengono così facilitate e la penetrazione nelle cellule e l'ulteriore metabolizzazione.

In tale stato, bastano dosi minime per ottenere l'effetto terapeutico, ricalcificante, in quanto che, per le proprietà catalitiche dei metalli colloidali, l'azione farmacologica è circa 2000 volte superiore a quella dei rispettivi sali, mentre sono assicurate l'assimilabilità e l'utilizzazione.

Per assicurarne poi la fissazione nell'organismo, invece dell'estratto paratiroideo, di azione non sicura, si può ricorrere alla vitamina D, ad azione calciofissatrice sicura e costante, o meglio a preparati di vitamina $D_2$, che siano idro-, invece che lipo-solubili e che siano sprovvisti dalla tossicità inerente all'ergosterolo.

È quindi probabile che, messa su questa via, la calcioterapia otterrà risultati sicuri e costanti. *fil.*

## VARIA

### Radio-consultazioni mediche.

Abbiamo dato più volte notizie dello sviluppo assunto dalle radioconsultazioni mediche in alto mare. Ormai le basi da cui possono impartirsi istruzioni mediche a navi lontane che manchino di medico sono divenute numerose. Specialmente nei mari poco frequentati, come quelli del nord, questo servizio — iniziato nel Belgio e diffuso rapidamente — si dimostra prezioso. Un codice internazionale permette le consultazioni qualunque sia la lingua usata.

Anche in terraferma la radiotelegrafia consente le consultazioni per le zone poco abitate, ove il malato può essere del tutto inaccessibile al medico, a causa delle enormi distanze e delle difficoltà dei trasporti.

Così in Australia — un continente popolato quasi soltanto presso le coste e in grandissima parte desertico — si è provveduto non soltanto a istituire i « medici volanti », che si recano in aeroplano dove sono richiesti, ma anche, e sovratutto, ad organizzare le consultazioni mediche mediante marconigrammi.

Queste hanno ora acquistato sviluppo anche nel Canadà, un territorio immenso, in gran parte reso quasi inaccessibile dal freddo per quasi tutto l'anno. Il centro di consultazioni si è creato ad Ottawa. Si è distribuito largamente un codice medico, ove ogni cura è contrassegnata da un numero: i medici incaricati delle consultazioni radiofoniche si limitano a indicare uno o più numeri. È questo l'unico servizio medico per 8 mesi dell'anno in un territorio sconfinato, popolato da eschimesi, i quali parlano con venerazione del « mago invisibile », che li guarisce a distanza.

M. P.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Cronaca del movimento professionale.

### Il problema delle mutue.

Il Commissario della Confederazione Nazionale dei Sindacati Fascisti Professionisti, on. Balbino Giuliano, con due lettere al Segretario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, on. Eugenio Morelli, in data 28 giugno e 7 luglio, informa che sono in corso delle azioni, affinchè le mutue provvedano a compensare adeguatamente le prestazioni dei sanitari. Intanto chiede che siano raccolti dati statistici sulle mutue sanitarie.

Le due lettere sono consegnate in « Forze Sanitarie » (del 20 luglio 1934), un periodico il quale va a tutti i medici italiani, il che ci esime dal riportarle. Ci limitiamo a registrare il fatto, che raccoglierà il generale consenso della famiglia medica.

### Coordinazione di tariffe.

Al fine di coordinare le tariffe per le prestazioni medico-chirurgiche nelle singole province, e compilare una tariffa a carattere nazionale, da approvarsi dal Ministero delle Corporazioni, è stata nominata una Commissione presieduta dall'on. E. Morelli, la quale rivedrà anche il codice deontologico.

### Per il riconoscimento della qualifica di specialista.

Con R. D. 29 luglio 1933, n. 1150, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del Regno in data 14 settembre dello stesso anno, fu disposto quanto segue:

Coloro i quali, trovandosi nelle condizioni previste dall'art. 1 del R. D. 15 maggio 1930, n. 861, intendano presentare i loro titoli per ottenere il riconoscimento della qualifica di specialista in un determinato ramo dell'esercizio professionale, sono autorizzati a presentare domanda al Ministero dell'Educazione Nazionale per il tramite del competente ordine o collegio della circoscrizione ove hanno la loro residenza, non oltre il 30 settembre 1934, corredata dei documenti indicati all'art. 3 del citato R. D. 15 maggio 1930, n. 861.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale richiama ora l'attenzione di tutti coloro che possano avervi interesse sulla riportata disposizione e sulla scadenza del termine ormai imminente.

## CONCORSI.

**Posti vacanti.**

Abbiategrasso (*Milano*). — *Ospedale di Circolo « Costantino Cantù »*. — È aperto il concorso al posto di Direttore e Medico Primario dell'Ospedale con letti 140; stipendio L. 16.000 decurtato del 12 e dell'8 % ed al lordo di tutte le trattenute di legge. Quattro aumenti quinquennali di un decimo. Alloggio gratuito con riscaldamento ed illuminazione. Partecipazione ai proventi di cura dei paganti. Documenti di rito, più libera docenza in Patalogia Speciale Medica od in Clinica Medica Generale, con documenti comprovanti speciale competenza in tisiologia. Scadenza del concorso ore diciotto del 20 settembre 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale di Abbiategrasso.

Ancona. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso, per titoli e per esami, al posto di assistente della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali di igiene e profilassi. Stipendio annuo di L. 10.000 aumentabile di cinque decimi quadriennali, oltre L. 1700 di supplemento di servizio attivo, nonchè l'indennità temporanea di caro-viveri e la compartecipazione agli utili della Sezione, in ragione del 10 %, il tutto previe le trattenute di Legge e le riduzioni di cui ai RR. Decreti-Legge del novembre 1930, n. 1491 e 14 aprile 1934, n. 561. Scadenza del concorso: ore diciassette del 1° ottobre 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

Belluno. *R. Prefettura.* — Scad. 15 ott., ore 18; uffic. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Belluno; L. 13.700 aumentabili, oltre L. 3500 serv. att., c. v., compensi per prestazioni nell'interesse dei privati; titoli ed esami; tassa L. 50,10 al Tesoriere Comunale. Chiedere annunzio.

Belmonte Piceno (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 ott.; L. 9000 oltre L. 2700 automob. o cavallo; L. 500 assegno laurea; L. 500 se uff. san.; addizionali L. 5 e L. 4 oltre il 25 % della popolaz.; età limite 40 a.

Bergamo Alta. *Opera Pia Azzanelli Cedrelli.* — A tutto 6 ott.; medico-chirurgo; L. 7000 oltre serv. att. L. 1940 (dopo il periodo di prova); tassa L. 50; età limite 35 a. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio dell'Opera Pia, via Solata 10.

Bibbiena (*Arezzo*). — Scad. 5 ott.; 1ª condotta; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; c. v.; L. 1100 se uff. san.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

Bologna. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Scad. 31 ag., ore 17; medico assistente; titoli ed esami; L 4500 oltre supplem. L. 1020; riduzioni; età limite 30 a. Chiedere annunzio.

Canale d'Isonzo (*Gorizia*). — Scad. 12 ott.; L. 10.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 600 serv. att.; c. v.; L. 3000 automob. obbligat.; L. 1000 se uff. san.; età limite 40 a.; tassa L. 50.

Carmagnola (*Torino*). *Ospedale San Lorenzo.* — Scad. 25 ott.; chirurgo; L. 3344 oltre 20 % operazioni. Rivolgersi Segreteria.

Catanzaro. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 25 sett., ore 12; medico direttore della Colonia-Preventorio di Tropea; titoli; età limite 35 a.; L. 7800 non aumentabili, oltre L. 3000 serv. att. ed alloggio; libero eserc. — Scad. 12 nov. ore 12. Medici direttori di due Sezioni dispensariali; titoli ed esami; L. 6000 oltre L. 1500 serv. att.; età limite 45 a. — Chiedere annunzio.

Ferrara. *Comune.* — Scad. 10 sett.; condotta di Francolino; L. 9500 oltre assegno complementare variabile L. 3000 e cavallo o autoveicolo L. 2500, 5 quadrienni dec.; addizionale L. 3 sopra i 1000 poveri; voti nei corsi clinici; un anno di servizio in clinica, ospedale, condotta o quale uff. med.

Fiume. — Scad. 25 sett.; medico aiuto all'ufficiale san.; L. 13.700 oltre L. 3700 serv. att. Rivolgersi Municipio.

FOGGIA. *Comune*. — Scad. 30 sett.; due posti: dirigente la Sezione medico-scolastica e medico scolastico; stipendi L. 12.000 e L. 8000, 5 quadrienni dec., serv. att. L. 1500; età limite 35 a. Chiedere avviso. Serv. entro 15 giorni.

GENOVA. *Spedali Civili*. — Scad. 30 ag.; assistenti effettivi nei reparti di medicina e chirurgia; titoli ed esami; L. 4500 oltre compensi per guardie e servizi notturni. Chiedere annunzio. Rivolgersi Segreteria (Ospedale di S. Martino).

LANCIANO (*Chieti*). — Scad. 30 sett., ore 12; due condotte; L. 7000 e 5 quadrienni dec., esclusa qualsiasi indennità caval., c. v., ed altro; riduzioni; tassa L. 50,10; età limite 40 a.; al 1° agosto. Chiedere annunzio.

MESSINA. *Comune*. — Scad. 7 sett.; 6ª condotta: L. 9500 aumentabili, oltre L. 500 serv. att.; età limite 35 a. al 24 lug.; tassa L. 50,10.

MONTORIO NEI FRENTANI (*Campobasso*). — Scad. 31 ott.; L. 6500; ritenute; tassa L. 50,10.

PADOVA. *Ospedale Civile*. — Scad. 15 sett., ore 17; assistenti effettivi: uno di medicina e uno di otorinolaringoiatria; L. 5000, guardie ecc.; tassa lire 50,10; età limite 33 a. Chiedere annunzio.

PESCIA (*Pistoia*). *R. Spedale dei SS. Cosimo e Damiano*. — A tutto il 15 sett., due assistenti: uno per il reparto medico e uno per quello chirurgico; L. 3000 annue decurtate del 12 % e ritenute di legge; vitto e alloggio in Ospedale; compartecipaz.; età limite 30 a. Serv. entro 15 gg. Chied. annunzio.

POGGIO BUSTONE (*Rieti*). — Scad. 9 sett., ore 20; L. 10,500 per 1000 pov., L. 400 uff. sen., L. 2200 (ridotta solo 12 %) trasp.; età limite 25-45 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 26 lug.

ROCCADASPIDE (*Salerno*). — Scad. 5 sett.; L. 6500 e 4 quadrienni dec.; età limite 40 a.; tassa L. 50.

SALÒ (*Brescia*). *Ospedale Civile*. — A tutto il 25 sett., medico primario; L. 3344 già decurtate del 12 %. Chiedere annunzio.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

*Premi « Lepetit » per laureati.*

La « Lepetit S. A. » mette a disposizione del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Comitato Nazionale per la Medicina) la somma di L. 7500, affinchè siano istituiti 5 premi di L. 1500 ciascuno, da assegnarsi ai 5 migliori lavori o gruppi di lavori sperimentali di laureati in medicina da non più di 5 anni.

Possono concorrere ai 5 premi « Lepetit » 1934, tutti i cittadini italiani che si sono laureati in Medicina in una delle Università del Regno nelle sessioni di laurea di luglio e ottobre 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, e che non siano stati premiati precedentemente con « Premi Lepetit ». I lavori vanno presentati al Comitato Nazionale per la Medicina del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Ministero dell'Educazione Nazionale, Viale del Re, Roma), entro il 31 dicembre 1934.

Chiedere il programma alla « Lepetit S. A. » (Casella Postale N. 3698, Milano).

*Premi « Lepetit » per laureandi.*

La « Lepetit S. A. » istituisce presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche (Comitato Nazionale per la Medicina), 15 premi da L. 1000, da assegnarsi ai laureandi italiani (anno accademico 1933-34-XII), autori delle migliori tesi di laurea in medicina e chirurgia, eseguite nelle università italiane.

Per contribuire alla spesa di pubblicazione dei lavori premiati, la « Lepetit S. A. » istituisce 15 contributi di L. 500 ciascuno che saranno assegnati agli autori delle tesi premiate.

A titolo di parziale rimborso delle spese sostenute per le ricerche sperimentali dagli Istituti presso i quali verranno eseguite le tesi di laurea, la « Lepetit S. A. » istituisce un contributo di L. 500 per ciascun Istituto nel quale sia stata eseguita una tesi premiata.

I laureandi che desiderano partecipare al Concorso debbono presentare una copia della loro tesi di laurea al Segretario della Facoltà di Medicina con l'indicazione: Premi di laurea «Lepetit» con un certificato di cittadinanza italiana debitamente legalizzato.

Chiedere il programma alla « Lepetit S. A. » (Casella Postale 3698, Milano).

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. gr. cr. Alberto Lutrario è nominato vicepresidente del Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni. Ce ne compiacciamo come italiani e per il valore dell'uomo chiamato all'alta carica.

Alla Società Medico-Chirurgica di Venezia sono stati acclamati: presidente il sen. Davide Giordano; vice-presidenti i proff. Fabio Vitali e Giacomo Pighini.

Il prof. Renato De Nunno, aiuto alla Clinica medica di Napoli diretta dal prof. Boeri, è incaricato dell'insegnamento di patologica medica a Siena.

Al posto di direttore del Consorzio Antitubercolare Provinciale di Firenze e dell'Istituto Post Sanatoriale di Pratolino, è stato nominato in seguito a concorso il prof. dott. Saverio Aloigi Luzzi, già direttore del Consorzio di Arezzo e del Sanatorio Antonio Garbasso di quella città. — Rallegramenti.

## NOTIZIE DIVERSE.

**Il Sanatorio dell'Aspromonte.**

Una circolare del sen. A. Lustig, rileva che quando l'Opera Nazionale per la Protezione ed Assistenza degli invalidi della guerra, animata dal fermo proposito di offrire principalmente ai tubercolotici dell'Italia Meridionale, ma anche a quelli di altre regioni, la possibilità di curarsi in ambiente climaticamente adatto e tecnicamente perfetto, decise di affrontare con risolutezza il non facile problema della creazione d'un « Sanatorio popolare d'alta montagna », parve a molti che l'ardito progetto non dovesse trovare la sua pratica realizzazione.

Costituisce invece titolo di grande onore e di vero, giustificato orgoglio per l'O.N.I.G. l'aver saputo portare a compimento un'opera che, sorta attraverso le più aspre difficoltà tecniche — apparse in alcuni momenti quasi insormontabili — sta oggi a rappresentare, sull'estremo lembo meridionale della Patria, una tangibile prova di tenace volontà, dalla quale non soltanto i tubercolotici di guerra ma anche quelli che per proprio conto chiesero di essere ricoverati in Sanatorio o vi furono accolti a carico di Enti di Beneficenza o di Previdenza, hanno già tratto e trarranno ancora, nel tempo, i più benefici vantaggi fisici e morali.

Il Sanatorio Vittorio Emanuele III, creato dall'O. N. I. G. sulla sommità dell'Aspromonte, località già prescelta molti anni or sono da una Commissione presieduta da Guido Baccelli, e nel 1925 da competenti igienisti, ad un'altitudine di circa 1200 m., fra i due mari che bagnano il promontorio calabro, rimane a testimoniare lo sforzo compiuto con grande larghezza di vedute dall'Opera Nazionale Invalidi di guerra, confortata dall'appoggio pronto ed incondizionato del Governo Fascista e dal largo favore di tutte le Autorità politiche ed Enti Autarchici della Regione.

Esso rappresenta — come ebbe a definirlo l'illustre Prof. Di Vestea, decano degli igienisti italiani — l'esempio del Sanatorio di montagna esposto da due lati alle salubri correnti marine. Situazione questa del tutto particolare, che crea all'Istituto Antitubercolare condizioni eccezionalmente favorevoli per il raggiungimento di quei benefici risultati terapeutici che personalità molto competenti ed obiettive gli hanno sempre largamente riconosciuto.

Tale confortante giudizio, basato ormai sulla esperienza di parecchi anni, diffusosi rapidamente fra i malati curati nel Sanatorio — specie fra quelli della Calabria e della Sicilia — ha fatto sì che più volte giungessero all'O. N. I. G. voci di incitamento a dare maggiore sviluppo al suo Istituto sanatoriale sull'Aspromonte, incoraggiandola a creare anche dei padiglioni per le donne.

Non mancarono gli Enti che si offrirono di contribuire allo sviluppo di tale importante iniziativa la quale — per ovvie ragioni — non potè trovare da parte dell'O. N I. G. la desiderata realizzazione.

Si dovette notare invece che, di contro al progressivo fatale decrescere del numero di coloro che in difesa della Patria contrassero la triste infermità, andavano man mano aumentando i ricoveri a carico di altri Enti, primo fra tutti l'Istituto Fascista di Previdenza Sociale, cui il Governo Nazionale ha demandato il delicato compito di tutelare i lavoratori italiani dalla terribile piaga sociale e dalle paurose sue conseguenze.

Per ragioni quindi di vero e proprio interesse Nazionale e sociale la Presidenza dell'O. N. I. G. con l'autorevole appoggio della Presidenza del Consiglio dei Ministri che ne è l'Autorità tutoria, venne nella ponderata e quanto mai opportuna determinazione di cedere al predetto Istituto Fascista di Previdenza Sociale il Sanatorio dell'Aspromonte, avendo con ciò di mira, oltre il proprio interesse, anche quello del potente Istituto che, dotato di necessari mezzi, potrà costituire in esso un Centro di assistenza sanatoriale antitubercolare di primissimo ordine, destinato forse — in futuro — anche alle donne ed ai bambini tubercolotici dell'Italia meridionale.

Con quello spirito di chiara comprensione che caratterizza ormai ogni atto della vita fascista italiana, l'accordo fra i Dirigenti delle due Istituzioni è stato facilmente raggiunto, mercè l'efficace intervento della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dell'on. Giuseppe Bottai, che con illuminata fede regge ora le sorti dell'Istituto Fascista di Previdenza Sociale.

Il trapasso è ormai un fatto compiuto, e l'O. N. I. G. nel momento in cui consegna il Sanatorio d'Aspromone da essa creato, alla provvidenziale Istituzione Fascista, rivolge l'espressione sincera della sua gratitudine a quanti utilmente le offrirono amorevole collaborazione, ed alla nuova Amministrazione del Sanatorio l'augurio fervido e sincero di sempre nuovi e maggiori progressi nel campo scientifico ed in quello dell'assistenza Sociale, vigile cura ed assillante preoccupazione del Regime Fascista.

**30° Congresso italiano di oto-rino-laringologia.**

Il XXX Congresso della Società Italiana di Laringologia, Rinologia e Otologia — presieduta dal prof. A. Malan di Torino — avrà luogo a Padova nei giorni 6 e 8 settembre. Temi: « La Chirurgia dell'etmoide »; relatori i proff. P. Carcò, G. Lugli, M. Silvagni; « Il tessuto linfatico e l'importanza sua nella genesi della tubercolosi laringea »; relatori i proff. R. Motta, G. Salvadori, V. Tanturri. Non sono escluse le comunicazioni su argomenti vari, ma l'attività del congresso si imperniera sui due temi suindicati.

Al Congresso parteciperanno studiosi stranieri. Il Comitato ordinatore è presieduto dal professore Y. Arslan, di Padova.

**Corsi di perfezionamento.**

L'« Accademia berlinese pel perfezionamento dei medici », diretta dal sindaco di Berlino, la quale succede all'« Associazione dei docenti pel perfezionamento dei medici » di Berlino, indice pel mese di ottobre 1934 i seguenti corsi internazionali di perfezionamento per medici: medicina interna con speciale riguardo della tubercolosi (1-13 ottobre; onorario: marchi 60); fisiologia (15-20 ottobre, m. 50; alloggio e pensione in Ospedali, m. 2.70 al giorno); ostetricia-ginecologia (15-20 ottobre, m. 50); oto-rino-laringoiatria (1-13 ottobre, m. 120); pediatria (22-27 ottobre, m. 50); chirurgia toracica (29 ottobre-2 novembre, m. 80); corsi individuali in qualsiasi campo della medicina con esercizi pratici al letto dell'infermo e in laboratorio vengono tenuti in tutti i mesi (onorario marchi 50-80 per otto lezioni doppie).

Per programmi ed informazioni dettagliate rivolgersi alla segreteria: Geschäftsstelle des Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Per gli stranieri ribasso del 60 % sulle linee ferroviarie tedesche.

* * *

A cura dell'« Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris » si è organizzato un corso complementare sulle malattie del cuore e dei vasi, nell'Ospedale Broussais, dall'8 al 20 ottobre, sotto la direzione del dott. C. Laubry; concernerà le aritemie; tassa fr. 150. Rivolgersi al Dr. Lemant, Hôpital Broussais, rue Didot 96, Paris 14°.

**L'igiene negli alberghi.**

Ad iniziativa del Commissario per il Turismo, è attualmente in corso l'ispezione generale degli alberghi italiani, allo scopo di constatarne le condizioni dal punto di vista dell'igiene e della salubrità, e di promuovere quindi l'esecuzione di opere di miglioramento in quegli esercizi ove si dimostrino necessarie.

Le ispezioni, deliberate d'intesa coi Prefetti, vengono eseguite dall'ispettore sanitario dell'E.N.I.T. in unione al medico provinciale ed all'ufficiale sanitario del Comune. Questa commissione tecnica visita uno ad uno gli alberghi e le pensioni della rispettiva località e dai suoi rilievi scaturiscono le indicazioni dei provvedimenti da prendersi, che vengono proposti dal Commissariato per il Turismo ai Podestà ed ai Prefetti.

Sono stati ispezionati circa 900 alberghi e pensioni a Torino, Milano, Genova, Bologna, Firenze, Pisa, Siena, Bari, Napoli, Palermo, Catania, Fiume e Zara, oltre che in vari centri turistici del Lazio e del Golfo di Napoli tra cui Capri e Sorrento.

Queste ispezioni vanno praticamente determinando un generale e sostanziale miglioramento dell'igiene negli esercizi alberghieri, contribuendo così al progressivo incremento d'un importantissimo settore dell'attività nazionale, in cui l'igiene ha funzione preponderante.

**Colonia elioterapica a Monte Cassino.**

Il 6 agosto, alla presenza del segretario federale di Frosinone e delle autorità politiche e militari, è stata inaugurata la colonia elioterapica « Carlo Livina », che è stata costruita in brevissimo tempo sulle salubri pendici di Monte Cassino. La colonia consta di ambienti vasti ed assolati ed è intonata ad un sano stile moderno. Magnifiche terrazze allietano lo sguardo dei piccoli ospiti.

**Riorganizzazione delle classi sanitarie in Germania.**

Da qualche mese, in conformità a uno speciale decreto, tutte le persone che in Germania esercitano una professione sanitaria hanno dovuto iscriversi nella nuova « organizzazione della scienza e dell'industria ». Il decreto è venuto dopo l'adesione di tutte le Leghe professionali ad un progetto di organizzazione. Del nuovo ente faranno parte medici, farmacisti, dentisti, veterinari, empirici, erboristi, levatrici, infermiere, assistenti sanitarie, ausiliari.

La tutela suprema è esercitata dalla « Reichszentrale für Gesundheitsführung », che equivale ad un sottosegretariato, presso il Ministero federale dell'interno.

L'inclusione degli empirici ha dato origine a discussioni. Gli empirici sono stati sempre autorizzati, in Germania; ma tenuti a bada dai medici diplomati, con cui ora vengono a trovarsi allineati. Ciò impone loro un senso di responsabilità; ne è un indice il fatto che il direttore della « Lega degli empirici della Germania » (Heilpraktikerbund Deutschlands) ha emanato un'ordinanza con la quale vieta ai soci ogni pubblicità non etica, in particolare la pubblicità su presunti rimedi universali, o mediante certificati. La sola pubblicità ora ammessa dovrà riferirsi al nome dell'esercente, alla natura della pratica, alle modalità e ai campi speciali di questa pratica, alle ore d'ufficio e agli eventuali cambiamenti d'indirizzo.

Il ministro federale dell'educazione popolare si è rivolto al capo della professione medica tedesca dott. Wagner, perchè sia sorvegliata la propaganda degli empirici; alcune forme di prestazione gratuita sono state rifiutate, considerandole di natura pubblicitaria.

**Azioni giudiziarie.**

Il dott. Calbet di Versaglia è stato sottoposto ad un procedimento giudiziario, perchè incolpato della morte di una partoriente, ricoverata nella sua casa di salute e fatta assistere, durante la sua assenza, dal di lui figlio, studente in medicina. Si chiedevano 300.000 franchi di danni. Egli è stato assolto così nel primo giudizio come in appello; la parte agente è stata condannata alle spese. In base alle testimonianze di due medici che hanno curato la malata, delle infermiere e della levatrice si è dovuto riconoscere che la condotta del giovane Calbet era stata irreprensibile, dal punto di vista tecnico e deontologico .

Il dott. Maurice Pellorce di Grenoble, del quale avemmo già ad occuparci, accusato di praticare dei pneumotoraci fittizi, è stato condannato dal Tribunale di questa città, in esito a lungo processo, con sentenza del 29 luglio, a due anni di prigione, a 3000 franchi di multa, alla sospensione dall'esercizio professionale per tre anni, a 140 mila franchi di danni e interessi alle parti lese.

**Un po' dovunque.**

Un supplemento della « Gazzetta Ufficiale », pubblica il R. Decreto 27 luglio 1934, n. 1205, con cui viene approvato il testo unico delle Leggi sanitarie.

Il primo Congresso medico professionale argentino si è svolto a Buenos Aires, organizzato dal Collegio Medico Argentino.

Il 2° Congresso medico centro-americano si adunerà a San José, della Repubblica di Costa Rica, il 12 ottobre.

La Sezione bolognese della Società Italiana di Biologia Sperimentale si è adunata a Bologna, sotto la presidenza del prof. M. L. Patrizi.

La Sezione lombarda della Società Italiana di oto-neuro-oftalmologia si è adunata a Milano. Si è convenuto di indire per ottobre, a Brescia, una

riunione interregionale delle Sezioni della Lombardia, del Veneto e dell'Emilia: dell'organizzazione è stato incaricato il segretario della Società, prof. Reverdino.

La Sezione Regionale Siciliana della Federazione Italiana Fascista per la lotta contra la Tubercolosi si è adunata il 25 luglio, sotto la presidenza del prof. S. La Franca, assistito dal segretario prof. V. Fici. Furono fatte comunicazioni dai soci: L. Manfredi (per Mario De Santis), V. Fici, L. Cannavò, F. Rabboni, V. Maccone.

Furono approvati due ordini del giorno, che riguardano « Provvedimenti per i tubercolotici indisciplinati; necessità di direttive centrali ; « Tubercolosi e prostituzione ».

L'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini » si è adunata il 30 luglio, sotto la presidenza del prof. Cantieri. Furono fatte comunicazioni dai soci: V. Bacci, M. A. Casanuova, Ravalico, Bertini, M. Santi.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese si è adunata il 6 giugno, sotto la presidenza del prof. G. Pieri, assistito dal segretario dott. G. Locatelli. Furono fatte comunicazioni dai soci: Rita Cohn, R. Dardani, G. Pieri, S. Colognesi, P. Amadoro.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 5 luglio, sotto la presidenza del professore G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. V. Gallina. Furono fatte comunicazioni dai soci: G. Dellepiane, P. A. Meineri, P. Spoto, G. Dondi, M. Vaccari.

A Rio de Janeiro è stata creata una Facoltà di odontologia; il relativo insegnamento viene, così, reso indipendente dalla Scuola di medicina. Alla direzione è nominato il prof. Enrique Carlos Carpenter.

Il 27 giugno fu inaugurato a Buenos Aires l'Istituto di chirurgia sperimentale, della Facoltà di Scienze Mediche; alla cerimonia intervennero il presidente della Repubblica, il ministro della giustizia e dell'istruzione pubblica, il rettore dell'Università e altre personalità. L'Istituto sarà diretto dal titolare della cattedra di medicina operatoria, prof. Bosch Arana. Pubblicherà una rivista propria.

Alla stazione di Ax-les-Thermes (Francia) il 18 luglio sono stati inaugurati, dal dott. Paul Sabatier, premio Nobel, i laboratori di ricerche scientifiche e d'analisi mediche.

L'industriale comm. Domenico Astengo e la moglie Linda Astengo, nella ricorrenza delle loro nozze d'oro, vollero elargire all'ospedale San Paolo di Savona la somma di lire 400.000, somma destinata alla costruzione del nuovo nosomocio, oltre 5000 lire alle opere assistenziali e lire 5000 per l'Istituto di beneficenza Edmondo De Amicis.

Funziona da 11 anni in Argentina una « Cassa di sussidio medico », che si propone la protezione e l'aiuto mutuo tra medici.

Il prof. L. Fioll, della Facoltà medica di Marsiglia, ha tenuto, per invito, una conferenza a Parigi, nel Collegio di Francia, sulla responsabilità dei chirurgi. L'oratore ha denunziato i pericoli di certe tendenze odierne, dirette ad aggravare le preoccupazioni professionali del chirurgo con quelle materiali, inerenti alle eventuali conseguenze giudiziarie e passività economiche dell'intervento. Il malato viene così esposto ad un astensionismo prudenziale da parte del chirurgo, la cui *prima charitas* va riservata a sè ed ai suoi. Il malato è sottratto alle possibilità di guarigione che l'intervento può fornirgli malgrado le alee. Se ne deduce che la responsabilità del chirurgo non dovrebbe esser mai un problema giudiziario, ma di coscienza.

Il prof. Alberto Botti ha tenuto a Napoli una conferenza sul tema: « Sguardo di insieme al patrimonio idro-climatico della provincia di Napoli ed alla sua utilizzazione terapeutica ».

Il reverendo Fernando Pérez Acoste, professore di filosofia, ha organizzato un corso di psicologia medica, nell'Università di Buenos Aires.

Per conformarsi agli intendimenti del Comitato amministrativo dell'ultimo Congresso internazionale di ostetricia e ginecologia, il Comitato esecutivo della Società belga di ginecologia e ostetricia, depositario del fondo residuo, ha stabilito un premio quadriennale, dell'importo di 10.000 franchi belgi, per lavori sulla specialità pubblicati in una delle lingue ufficiali del Congresso internazionale (francese, inglese, italiano, spagnolo, tedesco) o tradotti in uno di questi idiomi. Il primo premio sarà assegnato nel luglio 1938. Per informazioni rivolgersi al segretario della Società predetta, Dr. Chevel, rue Alphonse Hottat 16, Bruxelles.

La Giunta Esecutiva del Municipio di Buenos Aires ha regolamentato la carriera medica ospedaliera.

Si è iniziata a Buenos Aires la pubblicazione di una « Revista de Cardiologia ».

Il 26 giugno fu celebrata a Saint Louis (Stati Uniti) la « giornata della tubercolosi ».

Notizie da Barcellona recano che, dopo aver partecipato ad un Convegno medico internazionale adunatosi il 5 agosto a Santiago de Campostella sotto la presidenza del sottosegretario alla Pubblica istruzione, una settantina di medici si trovavano riuniti a banchetto in un tipico ristorante ad Oco, allorchè il pavimento della sala si è sprofondato. Tutti i presenti sono stati travolti dalle macerie nel sottosuolo assai profondo. Organizzati prontamente i soccorsi sono stati estratti due morti e cinquanta feriti, molti dei quali in grave stato.

Il segretario del Partito Fascista ha espresso il suo vivo compiacimento al dott. Giacomo Merli, medico condotto di Schilpario, il quale, dopo avere sottoposto a intervento operativo una donna poverissima e madre di dieci figli viventi, le donava il proprio sangue.

Il maresciallo LYAUTEY, spentosi in questi giorni, va ricordato perchè egli ebbe a considerare i medici come suoi collaboratori preziosi.

Soldato valoroso, seppe rimanere superiore alle sue vittorie. Così al Madagascar come al Marocco non volle mai stravincere, ma integrare la vittoria militare con un'opera di attrazione e di conquista pacifica; all'uopo si è valso largamente dei medici. Al Marocco egli ha organizzato in modo ammirevole l'assistenza medica e la difesa sanitaria, con il concorso intelligente e fattivo del dott. Giulio Colombani, direttore della sanità, ora andato a riposo.

M. P.

## RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Revue de Méd.*, 9. — Numero sulle coliti.

*Cl. Med. Ital.*, mag. — F. MARCOLONGO e V. BARONE. Patologia dell'acido ossalico.

*Rev. Méd.-Chir. Mal. du Foie ecc.*, mag.-giu. — J. G. MARAÑON e M. J. BALLAGO. Azioni degli estratti epatici.

*Giorn. di Batter. e Immun.*, giu. — A. VIRANDO. Ricerche batteriologiche sulla poliartrite acuta primaria. — A. GANDELLINI. Ricerche sulla positività tardiva (48 ore) nella diagnosi batteriologica di difterite.

*Amer. Journ. Med. Sc.*, giu. — S. T. SIMMONS. Cuore reumatico. — J. EDEIKEN e al. Elettrocardiografia. — D. AYMAN. Trattam. dell'ipertensione con ormone ovarico cristallino. — W. D. RAWLS. Neutropenia da amidopirina.

*Acta Med. Scand.*, V-VI. — P. SCHULTZER. Iniez. intramuscolari di estratto epatico nell'anemia pern. — S. W. KAUFMANN e al. Aria elettrizzata nella cura della tbc. polm. — W. N. BOLDYREFF. Diabete m. e sua cura. — S. A. GLANBERSOHN e G. S. BARG. Il virus dello zoster.

*Presse Méd.*, 16 giu. — M. CHIRAY e al. Trattam. medico delle colecistiti croniche.

*Riv. di Patol. nerv. e ment.*, mar.-apr. — M. VIALLI. Le formazioni coroidee nei vertebrati. — O. ROSSI. Saggio di interpretaz. delle encefalopatie a focolaio da disturbo circolatorio.

*Clin. Chir.*, mag. — G. PERRANDO. Corpi liberi dei sacchi erniari. — V. PUTTI. La trazione col filo nelle fratture della clavicola.

*Arch. It. di Chir.*, apr. — S. SOLIERI. Colecistostomia e appendicectomia nella colelitiasi. — L. DURANTE. Duodeno-sfinterectomie anteriori.

*Guy's Hospital Reports*, apr. — W. N. MANN. La teoria infettiva dei tumori. — H. E. HARDING. La funzione dell'epitelio nella cistifellea. — F. A. KNOTH e R. S. BRUCE PEARSON. L'eosinofilia nelle condizioni allergiche.

*Revue Belge Sc. Méd.*, apr. — P. NÉLIS e J. PHÉZARD. Trattam. della foruncolosi con anastafilotossina. — P. NÉLIS. Durata dell'immunità antidifterica da anatossina.

*Riforma Med.*, 2 giu. — G. PROTTI. La donna luminosa.

*Clin. Med. It.*, giu. — S. CACCURI. L'elettrocardiogramma degli sportivi. — F. MARCOLONGO. Ipostenuria nelle glomerulonefriti acute.

*Journal A. M. A.*, 9 giu. — A. BEHREUD e R. B. G. COWPER. Il pneumotor. artif. nella polmonite lob. — H. S. RIPLEY e H. M. VAN SANT. Sodoku da morso di cane. — L. M. BAYER. Desensibilizzazione all'allergia da insulina.

*Prensa Méd. Argent.*, 25 apr. — R. F. VACCAREZZA. Trattam. delle emottisi con iniezioni intratracheali di emostatici. — M. J. OEL CARRÌL e F. ARANEIBRÂ. Ernia diaframmatica.

*Semana Méd.*, 31 mag. — A. S. INTROZZI. Osteosi fibrogenetica d'origine paratiroidea.

*Jornal dos Clinicos*, 15 mag. — A. LINS. Radiodiagnosi degli aneurismi dell'aorta toracica.

*Forze Sanit.*, 30 mag. — E. PONTANO. La sifilide gommosa del polmone.

*Presse Méd.*, 23 giu. — E. MONIZ. Ematomi sottoaracnoidei e aneurismi cerebrali.

*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 giu. — Numero di neurologia.

*Mediz. Welt*, 23 giu. — W. SCHEMENSKY. Questioni clinicamente importanti della chimica dei colloidi e dei lipoidi.

## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 27 Agosto 1934 - XII Num. 34

"IL POLICLINICO,,

IL PERIODICO ITALIANO DI MEDICINA PIÙ DIFFUSO E PIÙ ACCREDITATO

ANNO XLI Roma, 27 Agosto 1934 - XII Num. 34

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA
SALA S. CARLO GENGA

### Tentativo di cura dell'ittero emolitico a mezzo del biossido colloidale di thorio (thorotrast)

per il prof. TOMMASO LUCHERINI,
primario medico e docente di patologia e clinica medica.

L'epatosplenografia con il thorotrast, metodo d'indagine recentemente entrato nella diagnostica radiologica, è, come è noto, fondato sull'adsorbimento e sulla distribuzione del thorio colloidale negli elementi del sistema reticolo-endoteliale di cui il fegato e la milza sono estremamente ricchi. Tale adsorbimento e tale distribuzione sono in rapporto ed in funzione del potere granulo-pessico del sistema reticolo-endoteliale, il quale viene così ad essere più o meno parzialmente bloccato, come risulta da indagini sperimentali ed anatomo-patologiche. La facoltà di realizzare tale blocco più o meno parziale mi ha indotto a prendere in considerazione l'eventualità di una sua utile applicazione nella cura dell'ittero emolitico costituzionale.

Sono già noti alcuni tentativi fatti con il thorio colloidale a scopo terapeutico in altre malattie; ed a tale proposito ricorderò che recentemente varî AA. hanno usato il thorotrast nella linfogranulomatosi, associandovi anche la Roentgenterapia, ma specialmente in casi di leucemia mieloide cronica, nella speranza che il thorio potesse riuscire ad inibire il processo leucemico (Guarini, Izar e Castronovo, Barbieri ecc.). Ma all'infuori di una diminuzione del numero dei leucociti il thorotrast non ha apportato in tali casi vantaggi duraturi e certi. Anzi aggiungerò che in un caso di leucemia mieloide cronica studiato da Barbieri (Barbieri: *Studio isto-patologico di un caso di leucemia mieloide cronica trattato con thorotrast.* « Minerva Medica », n. 1, gennaio 1934), ove il thorio non ha impresso alcun andamento favorevole alla malattia, è risultato all'indagine istologica grande scarsità di accumuli di tho-

rotrast proprio nelle sedi dove il processo leucemico aveva particolare sviluppo.

Dove invece a me, a differenza che nelle suddette malattie, è parsa teoricamente opportuna l'occasione di applicare per il primo il thorotrast è stato precisamente nell'ittero emolitico primitivo. In questa malattia infatti l'essenza fondamentale del meccanismo patogenetico è rappresentata dall'iperemolisi, che secondo alcuni è dovuta prevalentemente ad una esagerata funzione emodistruttrice del sistema emolinfopoietico e degli elementi del sistema reticolo-endoteliale in genere; e secondo altri è dovuta ad una abnorme fragilità congenita dei globuli rossi. Ora con l'impiego del thorotrast, indipendentemente dal ruolo che in tale malattia ha la fragilità globulare costituzionale, si vengono a bloccare più o meno parzialmente gli elementi del sistema reticolo-istiocitario, approfittando della loro facoltà granulo-pessica, per cui si verrebbe a limitare ed a diminuire l'iperattività emolitica di tali elementi. Partendo così da tale presupposto teorico ho avuto occasione di applicare il thorotrast in un caso di ittero emolitico primitivo, che brevemente riferisco:

A. T., di anni 27. Riferisce che da molti anni si sente debole e presenta costantemente un tenue colorito itterico della pelle e delle sclere. Periodicamente specie dopo qualche strapazzo ha dei disturbi caratterizzati da senso di profonda astenia, da accentuazione della tinta itterica, da dolori nella regione splenica ed epatica, da febbre e da pallore. Tali crisi che perduravano vari giorni, in questi ultimi tempi si sono fatte più frequenti, per cui ha chiesto ricovero all'Ospedale di Santo Spirito il 3 dicembre 1932.

*E. O.*: Condizioni generali scadute. Pallore notevole della cute e mucose visibili. Tinta leggermente itterica della pelle e delle sclere. Esame del torace: negativo.

*Addome*: il fegato si palpa tre dita al di sotto dell'arcata costale, alquanto aumentato di consistenza e dolente il suo margine inferiore; la milza in alto è al settimo spazio, ascellare media, in basso si palpa a due dita al di sotto dell'arco, aumentata anche di consistenza.

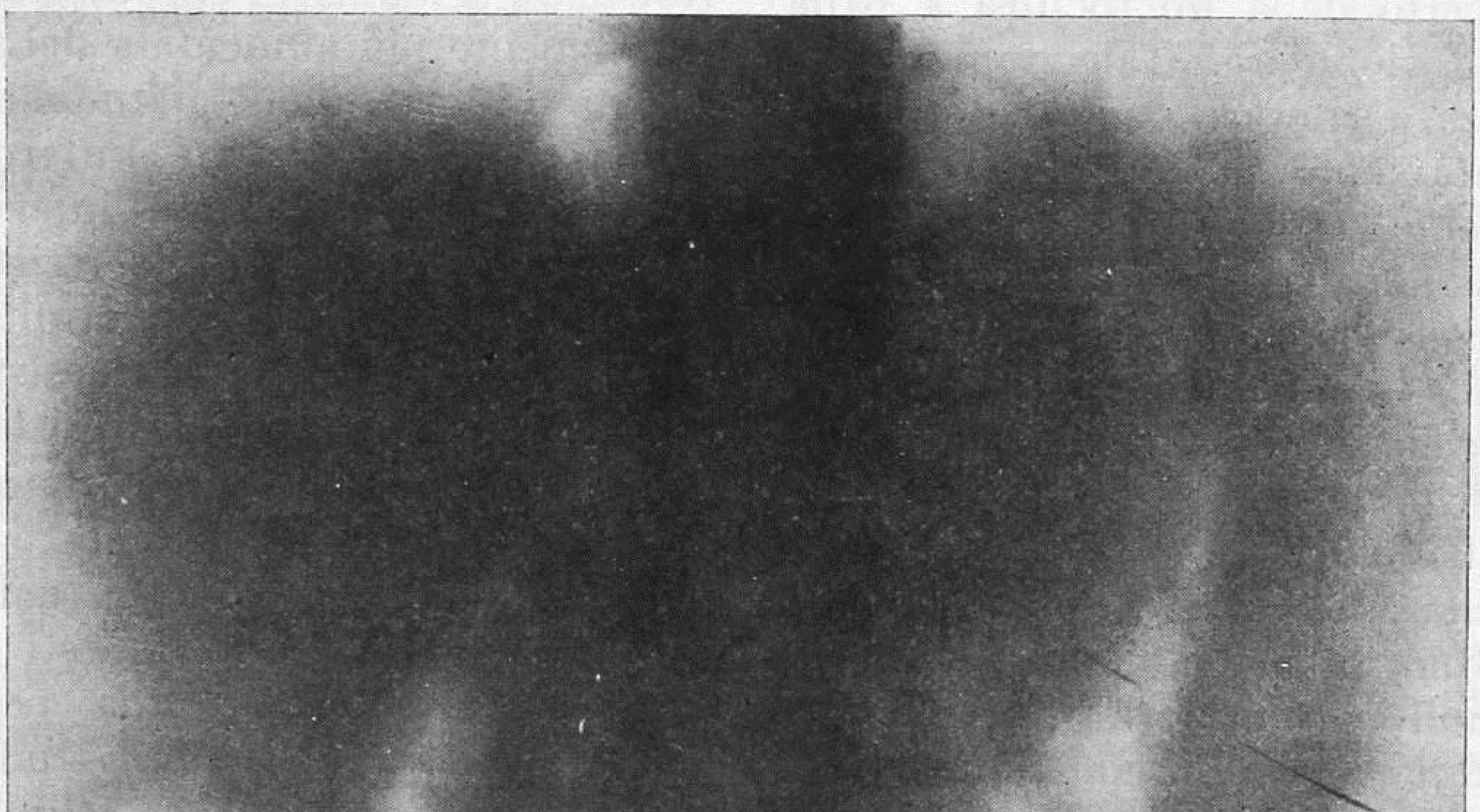
*Ricerche speciali*: Urobilina presente nelle urine in notevole quantità.

R. Wass.: negativa. Bilirubinemia: mmgr. 18 per cento. R. di Himans Van d. Berg: indiretta, immediata ed intensa. Esame del sangue: Globuli rossi: 2.800.000; Globuli bianchi 7.500; Emoglobina 65. Striscio di sangue: Spiccata microcitosi a palla. Qualche eritroblasto. Leucociti polimorfo-nucleati: 61; eosinofili: 3; linfociti: 28; monociti: 8.

Con la colorazione vitale si rilevano numerosissime emazie con sostanza granulo-filamentosa. Determinazione della resistenza globulare (sangue intero): inizio dell'emolisi 0,65; emolisi completa: 0,40.

Dopo qualche giorno di degenza all'ospedale durante il quale non fu praticata alcuna terapia speciale, s'introducono per via endovenosa, a giorni alterni, complessivi 75 cc. di thorotrast suddivisi nel quantitativo di 25 cc. alla volta. Le iniezioni sono state perfettamente tollerate dal paziente.

Il giorno dopo l'ultima iniezione di thorotrast l'epatolienografia fa bene rilevare intensamente opaca l'ombra della milza e del fegato; questi due organi appaiono anche (specie la milza) modicamente aumentati di volume (vedi radiografia N. 1).



RADIOGRAFIA N. 1.

In seguito al trattamento con il thorotrast non si è avuto in primo tempo alcuna modificazione del reperto emocromocitometrico, nè alcuna modificazione apparente dei rilievi clinici sopra esposti. Il paziente esce di sua volontà dall'ospedale il 24 dicembre 1932; ma viene periodica-

mente seguito e controllato in visite ambulatorie per un anno e mezzo. *Ebbene dal giorno dell'uscita dall'ospedale il paziente non ha avuto più alcuna crisi di deglobulizzazione.* Egli dopo essere stato vari mesi prima dell'ingresso all'ospedale lontano da ogni attività, un mese dopo l'uscita dall'ospedale è invece tornato al suo ordinario completo lavoro e per quanto fosse sottoposto a strapazzi, pur tuttavia non è più stato disturbato da crisi di astenia, di anemia, di dolori alla regione epatica e splenica, da febbre e dall'ittero; mèntre il suo stato di nutrizione e di sanguificazione è andato notevolmente migliorando e la tinta itterica della pelle e delle sclere è scomparsa. La milza ed il fegato non hanno subito alcuna modificazione di volume, come del resto è risultato anche dall'indagine epatosplenografica eseguita nel mese di marzo 1934, e che ha dato un'imagine identica a quella precedente. Nelle urine non ho più trovato presenza di urobilina; mentre l'ultima bilirubinemia eseguita ha dato mmgr. 2 %.

L'ultimo esame del sangue ha fatto rilevare aumento dei globuli rossi (4.900.000). Soltanto ho trovato ancora, come anche in tutti i precedenti esami fatti durante il periodo di un anno e mezzo di osservazione, la microcitosi a palla e la persistenza della fragilità globulare (iniziale 0,60; emolisi completa 0,40).

Come si vede lo studio e l'osservazione prolungata del paziente fatta per un periodo di più di un anno e mezzo dopo il trattamento con il thorostrast, ha fatto rilevare la scomparsa dell'anemia, dell'ittero, dell'iperbilinia, dell'iperbilirubinemia, dell'astenia e delle crisi emolitiche e quindi della febbre e dei dolori alla regione splenica. È soltanto rimasto immutato il reperto della microcitosi a palla e della fragilità globulare. Tale vantaggioso risultato autorizza a rilevare che si è ottenuto un netto miglioramento se non la guarigione clinica del paziente. Soltanto la persistenza della microcitosi a palla e della fragilità globulare porta a considerare che tale guarigione è solamente clinica ma non biologica. E ciò appunto, come accade anche dopo la splenectomia, per la persistenza delle impronte biologiche costituzionali del processo morboso, ossia la fragilità globulare e la microcitosi a palla. Il risultato favorevole da me ottenuto in questo caso di ittero emolitico non deve però creare illusioni e quantunque prima di render nota questa mia osservazione abbia voluto controllare il paziente per un periodo di più di un anno e mezzo dopo la cura, pur tuttavia non si potrebbe escludere che il lungo periodo di guarigione clinica riscontrato nel mio caso non possa essere interpretato come un periodo di remissione spontanea. Tale interpretazione però è in verità assai difficile a potersi sostenere, sia per la lunghissima durata di tale periodo (specie dopo le frequenti crisi emolitiche a cui andava soggetto il paziente prima della cura); sia per il troppo netto miglioramento clinico; sia per la precisa coincidenza di tale miglioramento proprio dopo le iniezioni di thorotrast, e quando la ordinaria ripresa del lavoro con tutti i relativi strapazzi fisici avrebbe dovuto rappresentare una causa occasionale di deglobulizzazione. Il caso da me riferito, per quanto non possa servire ad assegnare un sicuro valore terapeutico al thorotrast, pur tuttavia deve incoraggiare a tentare ancora in altri casi tale trattamento, prima di dare un giudizio sicuro e definitivo sulla bontà del presupposto teorico e sui risultati pratici. A tale proposito dirò che recentissimamente ho avuto occasione di leggere una comunicazione di alcuni AA. che hanno avuto la stessa mia idea di bloccare cioè in un caso di ittero emolitico con il thorotrast il sistema reticolo-endoteliale, allo scopo di studiare in tale caso l'evoluzione della fragilità globulare, dell'ittero, dell'anemia e della colesterinemia (I. Pavel, V. Runcan et Brucner: *Evolution de la fragilité globulaire, de l'ictère, de l'anémie et de la cholestérinémie au cours d'un ictère hémolytique, traité par le thorotrast et la splénectomie.* Soc. Roumaine d'hématologie; Séance du 15 dec. 1933; riportato in « Le Sang », n. 7, 1934). Infatti da tali AA. è stata iniettata in un malato di 25 anni la dose totale di 60 cc. di thorotrast, ben sopportata dal paziente. L'ittero e l'anemia non sono stati influenzati dal trattamento; invece si è constatato che la resistenza globulare era divenuta normale o leggermente più aumentata del normale. Quattro mesi dopo tale trattamento il paziente è stato splenectomizzato e l'ittero è sparito del tutto; ma 50 giorni dopo l'intervento è stato di nuovo trovata abbassata la resistenza globulare alla cifra di 0,54. Questi risultati fanno concludere agli AA. che non esiste parallelismo fra l'ittero, l'anemia e la resistenza globulare.

Ora in questo caso riportato recentemente dai suddetti AA., il paziente è stato però seguìto per soli quattro mesi dalla cura con il thorotrast, mentre dopo questi 4 mesi è stato sottoposto alla splenectomia, per cui è venuto così a mancare l'ulteriore studio ed accertamento delle modificazioni cliniche e biologiche che potevano essere attribuibili al solo ed unico trattamento con il thorotrast.

Certamente l'impiego del thorio colloidale nell'ittero emolitico per il concetto teorico da me già esposto deve essere tentato ancora e sottoposto a controlli accurati e lunghi. Il blocco più o meno parziale dei tessuti ad esaltata funzione emocateretica può infatti portare per conseguenza ad una eventuale correzione dello squilibrio fra rigenerazione e distruzione

globulare, che è proprio di questa malattia. Tale metodo di cura nell'ittero emolitico, qualora riuscisse a portare, a seguito di ulteriori controlli, risultati vantaggiosi e duraturi (dato la dubbia od estrema lentezza di eliminazione del thorotrast) sarebbe di grande utilità perchè potrebbe eventualmente sostituire il metodo elettivo di cura rappresentato dalla splenectomia non sempre esente da rischi e pericoli.

RIASSUNTO.

L'A. partendo dal presupposto teorico che il thorotrast, essendo fissato dagli elementi del sistema reticolo-istiocitario in genere, viene presumibilmente (per il blocco che ne determina) a diminuire nell'ittero emolitico l'esaltata azione emodistruttrice dei tessuti a funzione emocateretica, è indotto ad applicare il thorio colloidale in un caso di ittero emolitico primitivo. Lo studio e l'osservazione del paziente durata per un periodo di più di un anno e mezzo ha fatto rilevare in seguito all'uso del thorotrast la guarigione « clinica » del paziente, ma non la guarigione « biologica », per la persistenza costante della fragilità globulare e della microcitosi a palla.

---

# OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica Privata del Prof Silvio Gavazzeni - Bergamo.

## Su di un caso di acroparestesia.

Dott. RUBINO SAMAJA, assistente.

Nel 1893 Schultze nella « Deutsche Zeitscrift für Nervenheilkunde » riferì di 12 ammalati con speciale sindrome morbosa che chiamò *Acroparestesia*, ritenendola abbastanza caratteristica da distinguerla da altre forme affini già descritte da altri AA.

Essa consiste, secondo Schultze, in parestesie che colpirebbero di prevalenza le femmine e si localizzerebbero di preferenza alle mani, più raramente ai piedi, sotto forma di formicolii e talora di vivi dolori, limitandosi ora solo alle dita, estendendosi altre volte in parte od *in toto* agli arti corrispondenti.

Si avrebbe come conseguenza di dette parestesie, una sensazione di rigidezza delle parti colpite con limitazione od abolizione completa dei movimenti più fini delle dita, durante le crisi.

I parossismi ricorrerebbero prevalentemente nella notte od al mattino, sarebbero più violenti nella stagione invernale, tenaci tanto da durare periodicamente diversi anni, senza altra ulteriore complicazione.

Il colorito della pelle è inalterato; arterie e vene esplorabili clinicamente nulla presentano di abnorme.

Sensibilità per lo più normale, in alcuni iperestesie od iperalgesie, mentre in altri durante le crisi si avrebbero disturbi ipoalgesici.

Non dolenti i punti nervosi, non manifestazioni isteriche, non alterazioni morbose a carico delle articolazioni, non atrofie.

La prima descrizione, sia pure incompleta, di questa sindrome risale al Gamberini (1844).

Notnaghel nel 1867 definì come neurosi vaso-motoria una sindrome rassomigliantissima alla Acroparestesia di Schultze: unica differenza, l'intenso pallore che durante i parossismi colpiva le mani dei pazienti di Notnaghel, non era dimostrabile nei casi di Schultze.

Altre osservazioni pubblicate in seguito da Ormerod Sinkler (1884), Saundbj (1884), Bernhardt (1885), Rosenbach (1890), che presentò « una memoria su di una affezione singolare delle dita con alterazioni trofiche non ancora descritte » precedono il lavoro di Schultze e del suo allievo Mohr.

In seguito, osservazioni numerose di Laquerer, Collins, Ballet, Dejerin-Egger, la tesi di Bordeaux Demorin (1909), sono venuti a confermare l'entità clinica di questa affezione.

Negro riferì di 11 casi di acroparestesia che presentavano come caratteri essenziali parestesie non raramente dolorose delle estremità distali delle mani e talora anche di quelle dei piedi, ricorrenti a periodi variabili nel corso delle 24 ore, raramente continui, in ogni caso però di durata sempre lunga.

Le parestesie non erano accompagnate da alterazioni obbiettive dimostrabili del colorito, della temperatura, e del trofismo della cute e nemmeno della eccitabilità elettrica nerveo-muscolare.

I soli dati obbiettivi non costanti rilevati all'esame erano costituiti talvolta da ipoestesie, talora invece, ma più raramente, da iperestesie ed iperalgesie al tatto.

Secondo Strumpell, l'acroparestesia sarebbe una affezione molto frequente, colpirebbe ordinariamente persone di età media (Cassirer però ha descritto un caso di acroparestesia in un bambino di 7 anni; Curschmann in un vecchio di 73 anni).

Sebbene comunemente manchino alterazioni obbiettive rilevabili in alcuni casi sono manifesti, secondo Strumpell, disturbi vasomotori, consistenti in raffreddamento delle parti colpite, mentre in casi ostinatissimi le mani

furono trovate caldissime e con abbondante sudorazione.

Furono osservate, a parte alterazioni della sensibilità (ipoalgesie ed iperestesie) alterazioni trofiche consistenti in evidenti ristrettezze ed ingrossamenti delle falangi terminali, più forte curvatura delle unghie, pelle assottigliata e splendente.

Pick di Praga nel 1903 fu il primo a mettere in evidenza una distribuzione topografica delle turbe sensitive (espressione di una distribuzione radicolare) presentando il caso di un ammalato affetto da acroparestesia che durante le crisi localizzava la sensazione dolorosa « tra le due spalle », il dolore si irradiava alla parte esterna delle braccia sino alle due ultime dita; all'avambraccio era più colpito il bordo ulnare.

Dejerin ed Egger in seguito, oltre a confermare i fatti osservati da Pick, poterono dimostrare che la distribuzione radicolare non interessava solamente le turbe sensitive, ma che nell'acroparestesia « esistono zone permanenti di ipoestesia a topografia radicolare ».

Per le dita e la mano, la delimitazione delle diverse zone radicolari è difficile a stabilirsi a causa della innervazione pluriradicolare; ma a livello delle braccia ed avambraccia ciò è più facile; due volte l'anestesia colpiva il lato cubitale corrispondente alla distribuzione della ottava radice cervicale e prima dorsale; in un caso l'anestesia occupava tutta l'estensione del lato radiale corrispondente alla distribuzione della 5ª, 6ª e 7ª radice cervicale. In un solo caso si è potuto osservare l'esistenza di turbe della sensibilità profonda.

Baup riferì di un ammalato affetto da crisi dolorose parestesiche con turbe sensitive nettamente radicolari, dissociati in certi punti non solamente limitati agli arti superiori, ma estendentesi pure al tronco ad agli arti inferiori.

Bouchard ebbe occasione di osservare un caso di acroparestesia con alterazioni della sensibilità oggettiva a topografia segmentaria.

Egger nel 1906 presentò alla Società Neurologica un caso di acroparestesia dei 4 arti, che presentavano l'anestesia a disposizione radicolare, oltre ai sintomi comuni delle lesioni dei cordoni posteriori.

Morin distingue l'acroparestesia in essenziale od idiopatica ed in sintomatica sviluppantesi cioè nel corso di una affezione comune.

La *forma idiopatica* che si riscontrerebbe nelle donne tra i 30 ed i 50 anni, senza precedenti particolari interessanti, avrebbe per caratteri: 1) di apparire nella stagione fredda; 2) di mostrarsi particolarmente alla notte; 3) di essere intermittente con periodi di calma assoluta; 4) di essere poco modificabile dagli agenti interni ed esterni.

Inoltre, sempre secondo Morin, nella forma idiopatica le turbe di parestesia prediligerebbero gli arti superiori in modo spiccato; le turbe oggettive della sensibilità sarebbero rare se non assenti, durante le crisi esisterebbero turbe motorie leggere che persisterebbero a volte molto attenuate durante il periodo di accalmia, le turbe vasomotorie sarebbero frequenti ma non comparirebbero generalmente durante le crisi; non si avrebbero alterazioni dei riflessi, non alterazioni trofiche, non lesioni apparenti dei vasi e dei nervi.

*La forma sintomatica* si osserverebbe al contrario indifferentemente a tutte le età nei due sessi, in tutte le professioni, come manifestazione di forme morbose varie (siringomielia, compressione midollare, tabe, sclerosi in placche, morbo di Bright, nevrite, emiplegia cerebrale, arteriosclerosi, ecc. ecc.).

Le crisi avrebbero il carattere: 1) di apparire indifferentemente in tutte le stagioni; 2) di mostrarsi più particolarmente di giorno; 3) di essere ordinariamente continue; 4) di essere modificabili dalla azione dei medicamenti opportuni.

Inoltre le turbe parestesiche si mostrerebbero indifferentemente ai 4 arti; le turbe oggettive della sensibilità sarebbero molto frequenti e relativamente marcate; esisterebbero a volte turbe motorie profonde ed indipendenti dai parossismi dolorosi, le turbe vasomotorie sarebbero rare e quando esistono non avrebbero relazione immediata coi fenomeni dolorosi; esisterebbero sovente alterazione dei riflessi, turbe trofiche, lesioni dei vasi e dei nervi.

Data la scarsa frequenza dei casi di acroparestesia essenziali ho creduto opportuno riferire il seguente che mi è occorso di osservare nella Clinica del Prof. Gavazzeni, or sono due anni, e che per alcune particolarità cliniche e di decorso si presenta particolarmente interessante.

Trattasi di un soggetto di 45 anni, stalliere, sposato da 23 anni. Ha 6 figli vivi, 2 morti, 1 aborto. Gentilizio immune. Presenta come unici dati anamnestici una forma grippale superata nel 1918 ed un intervento subito 9 anni fà per coliche appendicolari che si ripetevano ad intervalli irregolari fino dai vent'anni.

I disturbi per cui l'ammalato è ricorso a noi avrebbero avuto inizio 9 anni fà. Il paziente racconta che dopo aver tenute esposte mani e piedi per varie ore di un pomeriggio in terreno melmoso,

fu colto di notte improvvisamente da dolori violenti a carattere trafittivo, localizzato alla superficie palmare delle due ultime falangette delle dita della mano destra. Il giorno seguente, il dolore persistendo invariato e ribelle, entrò nell'Ospedale di Bergamo, vi fu degente per circa 15 giorni e ne uscì apparentemente guarito. Gli furono praticati, durante la sua breve degenza, massaggi, frizioni ed iniezioni di stricnina.

L'anno seguente 1920, trovandosi l'ammalato a ragione del suo lavoro (era occupato in una fonderia di ghisa) a contatto continuo col materiale di impasto, notò la ricomparsa dei medesimi disturbi suaccennati, dapprima sotto forma di sensazioni moleste, di formicolio alle dita della mano sinistra, ma che ben presto assunsero il carattere di dolori puntori e che si estesero pure alle ultime falangette delle dita della mano destra. I dolori assunsero questa volta carattere accessionale senza ora fissa di comparsa, ora di notte, ora di giorno, cedevano temporaneamente alle applicazioni calde, al riposo, ma ricomparivano poco dopo e non appena l'ammalato riprendeva il lavoro, si accompagnavano a malessere generale, cefalea, vertigini, annebbiamento della vista, per la durata di alcuni minuti.

Durante l'inverno le crisi di parestesia non comparivano. L'estate seguente 1921 (l'ammalato era occupato allora come stalliere) nuova poussée dolorosa che, questa volta, oltre alle dita della mano sinistra interessò pure le dita del piede sinistro, ma più specialmente l'alluce. Degno di rilievo il fatto che sin dall'inizio dell'affezione, sotto i colpi di tosse e nella espirazione il dolore si faceva più vivo e si accompagnava a sudorazione delle parti dolenti e di quelle prossimiori.

Negli anni successivi le crisi dolorose ricomparivano sistematicamente col medesimo carattere accessionale ogni estate, diminuivano di frequenza d'autunno per restare assenti d'inverno.

L'anno in cui l'ammalato entrò in Clinica (1929) i dolori ebbero inizio a giugno ed assunsero intensità maggiori degli anni precedenti, ed oltre alle solite localizzazioni (mano sinistra, piede sinistro) da circa 15 giorni cominciarono ad interessare pure l'alluce destro.

*Esame obbiettivo.* — Soggetto di costituzione scheletrica regolare, con masse muscolari toniche, pannicolo adiposo scarso, pelle sollevabile in ampie pieghe, mucose visibili pallide.

Nulla di particolare si nota al capo ed al collo. Sistema linfatico indifferente, se si eccettua qualche ghiandola alla regione inguinale.

Torace simmetrico nelle due metà. Angolo del Louis evidente. Fosse sopraclavicolari avvallate, escursioni respiratorie di eguale ampiezza da ambo i lati. Fremito vocale tattile egualmente trasmesso nelle due metà. Suono percussorio chiaro, respiro vescicolare. Gli apici si elevano egualmente fino alla settima cervicale, su entrambi respiro vescicolare. Cuore in limiti. Toni puri, bene individualizzabili su tutti i focolai.

Addome trattabile indolente, fegato in limiti, milza non si palpa.

*Apparato locomotore*:

*Arti superiori*: A) *Mano sinistra.* — All'ispezione si nota lieve tremore, cianosi marcata della seconda e terza falangetta delle dita, con sudorazione abbondante, unghie incurvate e rigate.

Alla palpazione dette falangi appaiono fredde, umide, ricoperte da pelle più assottigliata.

La sensibilità **termica è alquanto diminuita in** confronto dell'altra mano. La sensazione di caldo e freddo diminuisce dalla base all'estremità delle dita, è più viva al palmo che al dorso e meno evidente all'anulare ed al mignolo; la sensibilità dolorifica è diminuita in toto ed in modo particolare al margine radiale. La sensibilità ossea al diapason è diminuita e tale sensibilità va diminuendo dalla base delle dita all'estremità, e meno viva al dorso che al palmo.

B) *Mano destra.* — All'ispezione e palpazione si notano gli stessi caratteri rilevati nella mano sinistra ma meno accentuati. Si rileva pure una ipoestesia a tutte le sensibilità (termica, tattile, dolorifica ed ossea) di minor grado però della mano sinistra, ma con la stessa distribuzione.

C) *Avambraccio sinistro e destro.* — Sensibilità termica (al caldo ed al freddo) e dolorifica diminuita, specie in corrispondenza del lato radiale. La sensibilità profonda è più viva al lato radiale.

*Torace.* — Nella metà destra si nota ipoestesia a tutte le sensibilità in una zona che dalla spina della scapola si estende all'11ª vertebra.

*Piede sinistro.* — All'ispezione si nota lieve cianosi dell'alluce, alla palpazione esso appare più freddo delle altre dita. La sensibilità termico-dolorifica ed ossea è diminuita in toto, il più colpito è l'alluce; nelle altre dita la sensibilità diminuisce dalla base all'estremità, è minore al dorso che alla regione plantare, è più viva al margine fibulare che tibiale.

*Gamba sinistra.* — Sensibilità in toto diminuita al lato tibiale. Al *piede ed alla gamba destra* si notano gli stessi caratteri rilevati a sinistra, ma meno accentuati.

Si nota pertanto nel nostro paziente, una ipoalgesia a distribuzione radicolare interessante la 6ª e 7ª radice cervicale per gli arti superiori, la 5ª lombare e 1ª sacrale per gli arti inferiori.

La sensibilità tattile ed il senso di posizione non risultano alterati percependo l'ammalato esattamente la forma ed il peso degli oggetti.

I riflessi tendinei e superficiali sono normali.

Le reazioni di Wassermann Meinike-Sachs-George sul liquor risultarono negative. Negative sempre sul liquor le reazioni di Nonne-Appelt, Pandy, Boveri. Fondo dell'occhio normale. Nulla di patologico all'esame radiografico del cranio in diverse proiezioni.

La pressione è di 145/70. Urine normali.

Pupille bene reagenti alla luce ed alla accomodazione.

L'ammalato, che nega malattie veneree, è un buon mangiatore, discreto bevitore, modico fumatore.

Di fronte alla sintomatologia dolorosa con parestesie aventi carattere accessionale, associate ad ipoalgesie a distribuzione radicolare interessanti zone nettamente limitate, la diagnosi si imponeva. Escludemmo la *nevrite* non risultando dolente alla pressione nè il nervo mediano, nè il radiale, nè l'ulnare, ed avendo questi un territorio di distribuzione diverso da quello in cui si osservavano le turbe nervose.

*Dell'isterismo* non vi era alcuna stigmata caratteristica.

*L'eritromelalgia* poteva essere presa in considerazione; essa si manifesta con crisi di parestesie a carattere accessionale, ma queste pur potendo osservarsi anche alle mani, sono più frequente ai piedi, specie al tallone, si accompagnano a turgore ed arrossamento della parte, e pulsazione dei vasi senza alterazione della sensibilità.

*Il morbo di Raynaud*, che si inizia col pallore e freddo alle dita, formicolio, si accompagna a dolori ma questi sono continui, ed a questo periodo segue quello della cianosi locale che termina con la cancrena delle falangi terminali.

*Anche nella tabe* si hanno acroparestesie; ma a parte la negatività della Wassermann, non vi era alcun sintomo nel nostro paziente che parlasse in questo senso: non Argyll-Robertson, non Romberg, non Westphall-Strumpell.

*I tumori midollari* danno per compressione sintomi radicolari, (dolori anestesie), ma hanno come caratteristica un inizio lento della malattia con sintomi radicolari, comparsa graduale lentamente progressiva dei sintomi di compressione.

*Siringomielia*. — A parte gli altri sintomi, domina in questa forma la dissociazione della sensibilità termica e dolorifica da quella tattile e muscolare.

*Diabete*. — Possono aversi in questa affezione disturbi di parestesie, ma escludemmo tale affezione mancando al nostro paziente la triade su cui si fonda la diagnosi, poliuria, polidipsia e polifagia. Negativo l'esame delle urine; glicemia normale.

*Nella nefrite* si può avere il dito morto, ma a parte il fatto che è unilaterale e senza crisi regolari non vi era alcun segno che parlasse nel nostro paziente in questo senso, l'esame delle urine essendo risultato normale, la pressione non avendo dato valori superiori alla norma.

*Anche la sclerosi in placche* fu facile da escludere, nessuno dei sintomi caratteristici di questa affezione essendo presente nel nostro ammalato.

Non restava quindi che pensare di trovarci di fronte ad una sindrome acroparestetica, così detta essenziale, cioè non sviluppatasi nel corso di un processo morboso; sindrome che presenta alcune caratteristiche differenziali dei casi finora pubblicati: 1) l'andamento ciclico regolare delle crisi, con un minimo in primavera ed in autunno, ed un massimo in estate per restare poi assenti per tutto il periodo invernale; 2) insorgenza a qualunque ora del giorno e della notte; 3) la sudorazione intensa delle parti e sede dei dolori.

La causa vera di tale affezione ci sfugge; riteniamo non essere molto lontani dal vero ricercandola nel forte raffreddamento delle mani e dei piedi a cui il paziente andò incontro circa 9 anni fa.

Ben poco si sa sulla patogenesi di questa affezione. Si ammette generalmente che si tratti di uno stato irritativo delle estremità terminali sensitive.

L'esistenza di turbe della sensibilità oggettiva da una parte, e la topografia radicolare di queste turbe dall'altra, fa considerare a Dejerine la acroparestesia espressione di una lesione irritativa dei rami posteriori nel loro decorso intramidollare.

Negro ammette che il maggior numero di acroparestesie sono dovuti a disturbi nevrosici delle fibre nervose sensitive e trofiche della periferia, i quali molto probabilmente si collegano con alterazioni biochimiche locali.

Cornil pensa che molte volte è possibile avvicinare la sindrome acroparestesica al tetano frusto: consiglia di ricercare con attenzione altri sintomi clinici del tetano (segno di Trousseau, Erb, Weiss, e sopratutto Cvosteck), il calcio nel sangue; molte volte questo risultò diminuito.

Gli AA. che si sono occupati di questa affezione ammettono che la guarigione è la regola, ed essa si compirebbe spontaneamente. Si possono avere recidive, ed a volte l'acroparestesia può persistere allo stato cronico per molti anni.

Come cura si consiglia di tentare l'antipirina e fenacetina per os, la corrente faradica e galvanica sotto forma di bagni a più vaschette. Nel nostro caso tali applicazioni elettriche, unitamente a sedute radioterapiche alla regione cervicale, ed iniezioni a dose crescente di stricnina, non hanno avuto alcun esito favorevole, nè sono riusciti minimamente ad influenzare le crisi di parestesia.

## RIASSUNTO.

L'A. presenta un caso di acroparestesia, capitato alla sua osservazione, che, per alcune particolarità cliniche, si allontana da quelli fino ad oggi pubblicati, ed espone alcuni dati sulla eziopatogenesi ancora oggi controversa di tale sindrome nervosa.

## LETTERATURA.

BAUP M. *Acroparestésie des extrémités avec trouble et topographie radiculaire et dissociation de la sensibilité.* Revue Neurologique, 1904.

BOUCHARD. *Un cas d'Acroparestésie avec troubles de la sensibilité objective a topographie segmentaire.* Revue neurologique, 1904.

DÉJERIN ET EGGER. *Les troubles de la sensibilité dans l'acroparesthésie et leur topographie radiculaire.* Revue neurologique, gennaio 1904.

DÉJERINE. Sémiologie des affections du système nerveux.

COLLEVILLE. *Acroparasthésie des membres thoraciques*, Revue neurologique, 1910.

CORNIL. *Le syndrome « acropaarashésie » on plutôt « acrodysthésie »; ses rapport avec la spasmophilie.* Revue médicale de l'est, 1927.

EGGER. *L'acroparesthésie. Une lésion du cordon postérieur.* Revue neurologique, 1906.

MORIN. *Contribution à l'étude des acroparesthésies.* Revue neurologique, 1910.

MOHR-STAHELIN. Medicina interna.

NEGRO Patologia e clinica del sistema nervoso (lezioni).

PERRIN. *Acroparesthésie.* Revue neurologique, 1910.

PICK. *Remarque sur la pathologie des acroparesthésies.* Revue neurologique, 1903.

PARISOT et CORNIL. Acroparesthésie. Nouveau Traité de Médecine. ROGER-WIDAL-TEISSIER.

SCHWALBE. Médicina interna. Errori diagnostici e terapeutici.

STRÜMPELL. Trattato di patologia speciale medica.

WEBER PARKER. *A note on « Sensory tetany », « Vasomotor tetanye », « Acroparesthesia » and « Raynaud's symptome».* Brit. Med. Journ., 1911).

FERRATA. Diagnostica medica differenziale.

# RILIEVI E COMMENTI

## Cenni sui concetti informativi dell'Operazione di Bassini (1).

A. CATTERINA (Genova).

Il prof. G. Frattin, che fu scolaro dello stesso Bassini, in un recente lavoro scritto su questo periodico, intitolato: Cenni sui concetti informativi dell'operazione di Bassini », evidentemente non conosce il mio volume: « L'operazione di Bassini », e ripete molte cose in esso contenute.

L'A. alla pag. 724 scrive:

« Essenziale è anzitutto, la esatta preparazione anatomica della regione che seguendo i precetti di Bassini si compie quasi automaticamente nei primi momenti dell'operazione.

È soltanto in seguito a questa accurata preparazione che tutte le ernie inguinali, qualunque sieno la loro specie, il loro volume, le loro complicanze si riducono a un tipo unico di ferita che il Bassini ha appunto insegnato a chiudere ricostruendo col suo metodo la regione inguinale. Questa diligente, accurata e completa preparazione è condizione indispensabile per la esatta applicazione del metodo ». Se male non interpreto le parole dell'A., sembra veramente strano che si debba fare in vivo una preparazione anatomica una specie di « experimentum in corpore vili », perchè le preparazioni anatomiche di solito si fanno sui morti. Il chirurgo che si accinge a fare una Bassini dovrebbe aver studiato bene l'anatomia e la tecnica sul cadavere, e non aspettare a studiarla sul vivo all'ultimo momento sperando coll'aiuto divino che questa preparazione si compia quasi automaticamente nei primi momenti dell'operazione. I primi momenti dell'operazione (se non erro) sono: l'incisione cutanea con relativa emostasi, l'incisione dell'aponevrosi del grande obliquo, l'arrovesciamento dei lembi di essa e lo sbloccamento del contenuto. A me non è mai capitato che queste manovre si svolgessero quasi automaticamente, e non ho mai veduto che allo stesso Bassini, che io ho assistito in parecchie centinaia di operazioni, sia successo qualche cosa di simile. Sarebbe molto comodo che le manovre necessarie per eseguire una operazione si svolgessero automaticamente!

E non ho neppure mai visto che tutte le ernie inguinali tendano dopo la preparazione quasi automatica a ridursi a un tipo unico di ferita. Mancherebbe altro che restassero ferite anche le ernie e con ferite eguali tanto per le punte d'ernia come per gli sventramenti!

Dice l'A. che questa diligente, accurata e completa preparazione è condizione indispensabile per la esatta applicazione del metodo. Ora senza dire menomamente come questa preparazione si compia, l'A. la presuppone bella e che fatta e ne viene a illustrarla così:

A preparazione ultimata — continua l'A. — constatiamo: il funicolo teso verticale verso l'alto da un'ansa libera di seta fissata con una pinza ai teli di protezione scendere lungo il margine interno superiore della ferita. Ora il funicolo esce fuori anche dall'anello interno e allora la porzione che intercorre fra l'anello e il filo sostenitore dove va a mettersi? Scende anche essa lungo il margine superiore interno della ferita?

Un uncino acuto a rebbi multipli (dice l'A.) divaricando il labbro interno dell'aponevrosi del grande obliquo sposta insieme il funicolo riparato dietro il lembo aponevrotico e la cute; un uncino acuto multiplo meno largo divarica il labbro esterno dell'aponevrosi dello obliquo esterno. Sarebbe meglio parlare di lembo interno superiore e di lembo esterno inferiore per ragione evidente; ma se noi abbiamo — come vuole l'A. — accavallato sopra un'ansa di seta il cordone e abbiamo fissata l'ansa ai teli di protezione come fa a riparare il cordone dietro al lembo aponevrotico? Se egli coll'uncino stira in alto anche il cordone e lo ripara dietro l'aponevrosi, a che cosa serve l'ansa? Se l'A. sposta in alto dietro all'aponevrosi il cordone, il famoso uncino non potrà ledere lo stesso cordone? In termini poveri o il cordone si mette dietro al lembo superiore dell'aponevrosi, e allora è perfettamente inutile applicare l'ansa di spostamento; o si lascia il funicolo accavallato all'ansa, e allora non può rimanere sotto e protetto dall'aponevrosi. Molto migliore il suggerimento descritto nel mio trattato di spostare in basso il cordone, espediente che fu approvato dallo stesso Bassini che evitava inconvenienti dettagliatamente notati nel mio libro. Ora affinchè gli uncini anche spostando come faccio io il cordone in basso non abbiano a ledere eventualmente il cordone, io sposto il lembo aponevrotico in basso a mezzo di pinze emostatiche più appropriate e meno pericolose; con queste si evita poi qualsiasi sfrangiamento del lembo stesso. Il fondo della ferita (?) sarebbe, come scrive l'A., costituito dal peritoneo chiuso con legatura o sutura dopo l'ablazione del sacco; nel grasso

(1) Policlinico, Sezione Pratica, 14 maggio 1934, n. 19, anno XLI.

presieroso decorrono i vasi epigastrici a meno che non siano stati tagliati o resecati fra due legature durante le manovre di isolamento del sacco. Ora veramente il fondo del campo operatorio è dato dal tessuto grassoso e a legatura avvenuta del sacco, questo si è già ritirato entro la fossa iliaca e non si vede più. Perchè poi faccia una resezione dei vasi epigastrici nei casi che essi impediscano le manovre di isolamento e non esegua la semplice legatura di essi è una cosa che non si comprende. E veniamo a una questione un po' più interessante.

Bassini — scrive l'A. — non trovava molto opportuno di distaccare completamente la fascia trasversale quasi sempre ancora rivestita di fibre muscolari derivanti dal trasverso e dal piccolo obliquo, ma si limitava ad aprirvi per via ottusa una bottoniera a livello dei vasi epigastrici sufficiente per poter afferrare con una Kocher i tre elementi del triplice strato e passarvi al di sotto il dito od un istrumento ottuso tra fascia trasversalis e peritoneo.

Quanto dice l'A. è vero: nei suoi ultimi anni Bassini procedeva, non sempre però, con questa manovra; ma è altrettanto vero che dopo la sua descrizione originale non pubblicò nulla al riguardo. Quando io fui nel 1917 con lui a Padova come suo collega d'insegnamento, egli da me interpellato a proposito mi disse che continuassi pure a operare secondo la vecchia maniera che come ho dimostrato luminosamente nel mio volume, è ancor oggi, secondo me, da preferirsi. Prima di tutto perchè permette di operare a cielo scoperto, e quindi di proteggere meglio gli organi sottoposti (vasi e peritoneo). Colla incisione totale della fascia per tutta l'estensione della ferita eviteremo certamente il grave incidente di ledere la vescica; potremo mobilizzare meglio il triplice strato e scoprire più facilmente la presenza di un'ernia da scivolamento o qualsiasi altra complicazione. Io continuo a considerare la manovra di isolamento col dito passato per la bottoniera specialmente per i neofiti pericolosa e sempre difficile. Io ho voluto confrontare le due manovre sul vivo e sul morto. Sono rimasto della mia opinione, e così consiglio di fare. L'A. non parla affatto dell'attorcigliamento del colletto del sacco.

Nel mio volume ho particolarmente insistito sul modo di isolamento degli elementi costituenti il convoluto d'ernia con numerose tavole con i diversi atteggiamenti delle dita che furono così apprezzati nella sua critica dal Bastianelli. Anche a proposito di queste manovre l'A. si dimostra confuso, e dimentica completamente la zona di debolezza pensando che i muscoli restino tali fino all'inserzione al Falloppia. Il curioso si è che l'A. ritorna poi sulla incisione della fascia trasversalis e dice che la tecnica descritta dal Bassini nella sua monografia del 1889 non fu più da lui modificata e neppure dalla sua scuola — e allora? — Dice ancora che non si può mobilizzare sufficientemente il lembo muscolo aponevrotico nè comprenderlo a tutto spessore nella sutura se non si apre la fascia trasversalis approfittando così del piano di scorrimento dato dal grasso presieroso e la sutura di avvicinamento del triplice strato si eseguisce più facilmente e correttamente adoperando la mano di nome opposto al lato in cui si opera. Dunque fare una bottoniera o inciderla questa fascia? E se uno non è ambidestro come se la caverà seguendo quello che dice l'A.?

L'A. dice che lo strato muscolare non deve esser fissato nè troppo, nè poco affinchè il filo non tagli nè strozzi il muscolo. Bassini stringeva fortemente il filo e su questo stesso periodico trattando la modificazione di Drüner ho trattato l'argomento a fondo. Per quanto riguarda i due primi punti di sutura Bassini ha già insegnato che essi devono comprendere il margine esterno del retto, e nella critica che io faccio sulla modificazione del Baggio l'argomento è ampiamente discusso.

Questi sono i piccoli appunti che mi sono permesso di fare ai concetti informativi dell'Operazione di Bassini enunciati dall'egregio collega prof. Frattin.

RIASSUNTO.

L'A. critica i concetti informativi enunciati dal prof. Frattin circa l'Operazione di Bassini.

---

ISTITUTO DI MEDICINA OPERATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA.

## Modificazioni e tecnica di Chirurgi Italiani riguardanti l'operazione di Bassini.

Prof. A. CATTERINA

In un mio precedente lavoro su questo stesso periodico ho preso in esame e criticati i procedimenti più in voga e moderni di chirurghi tedeschi; in questo mi permetto di fare qualche appunto a proposte e lavori di chirurghi italiani.

Al dott. A. Catterina spetta la parte clinica-sperimentale.

Modificazione Baggio.

Il prof. Baggio, della Clinica chirurgica di Cagliari, uno dei più valorosi nostri giovani insegnanti, scrisse su questo stesso periodico (ottobre 1933, n. 43) un articolo intitolato: « Il muscolo retto nell'operazione di Bassini ». Come era naturale il lavoro ci ha subito interessato, e prima di tutto abbiamo voluto studiare sul cadavere con numerose preparazioni la proposta Baggio, poi la abbiamo applicata anche sul vivo; motivo per cui possiamo oggi discutere dell'interessante lavoro del Baggio.

Egli scrive dunque che, mentre è arcinota la costituzione della parete posteriore della Bassini, è invece meno nota la sutura del muscolo retto alla gronda di Falloppia. Se noi consideriamo quello che comunemente si fa, il Baggio ha perfettamente ragione, perchè sono ben pochi i chirurghi che nella sutura profonda di Bassini comprendono nei due primi punti mediali anche il margine esterno del retto addominale. Bassini però alla pagina 16 della sua famosa monografia originale descrivendo la sua tecnica con quello stile tacitiano che gli era proprio dice chiaramente: « poscia distacco per dissezione dall'aponeurosi del grande obliquo e dal connettivo adiposo sottosieroso il margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome, ed il triplice strato formato dal muscolo piccolo obliquo, dal muscolo trasverso e dalla fascia verticalis del Cooper, fin tanto che detto triplice strato riunito possa essere avvicinato senza difficoltà al bordo posteriore isolato della corda di Poupart ». E che realmente Bassini desse grande importanza a questa tecnica lo constatiamo dal fatto che Egli così parco di parole alla pagina successiva (17) ribadisce il dettaglio operatorio: « i due primi punti applicati appena all'esterno del pube comprendono anche il margine esterno del retto anteriore dell'addome ». È quindi evidente che Bassini teneva molto all'applicazione di questi due primi punti comprendenti il margine esterno inferiore del retto. Su nessun altro dettaglio di tecnica Bassini ha dunque insistito maggiormente che su questo.

Il Baggio richiama la nostra attenzione sopra un fatto di grande importanza. Il Bassini comunicò il suo metodo per la prima volta proprio quì a Genova al Congresso della Società Italiana di Chirurgia, e mi consta che lo eseguì anche sul cadavere. Ha ragione il Baggio di dire che negli atti del Congresso non si parla di questo dettaglio riguardante l'applicazione di questi due primi punti, mentre nella monografia originale stampata nel 1889 dal Prosperini di Padova, il Bassini accenna ed anzi insiste sulla applicazione dei punti in questione.

Ora — dice il Baggio — raffrontando i due testi e richiamandomi la cura con la quale nella monografia viene precisato il particolare dei due punti applicati sul retto, io non posso fare a meno di pensare che l'idea di comprendere nella sutura questo muscolo non sia stata primitiva nella mente di Bassini, ma ci sia entrata per suggerimento della pratica dei due anni intercorsi dall'una all'altra pubblicazione. L'iniziativa — continua il Baggio — della più estesa utilizzazione del muscolo retto a irrobustimento della nuova parete inguinale risalirebbe, secondo Licini e Lusena, al Novaro. Purtroppo mi rincresce a dirlo, tanto il Licini che il Lusena ed il Baggio sono caduti in un grosso errore, e dico subito senza loro colpa. Evidentemente essi non hanno consultato la monografia originale di Bassini diventata ormai rarissima e posseduta quindi da pochi. Vediamo. Alla riga decima della pagina 14 della monografia di Bassini sta scritto: « Con questo metodo che è quello che propongo e *dal 1884 esclusivamente uso*, operai 262 ernie ». Prova più lampante non si potrebbe dare per affermare che il concetto della sutura del retto alla gronda non è sorto nella mente di Bassini nei due anni intercorsi (1887-89) fra la prima comunicazione al Congresso di Genova dell'87 e la pubblicazione del suo libro nel l'89, ma che era stato concepito anche prima dell'84, anno in cui Egli lo applicò sul vivo.

Bassini era un anatomico profondo, possedeva una maestria nelle preparazioni ed operazioni sul cadavere veramente mirabile, e già fin da quando era assistente di Porta i suoi preparati, specialmente quelli sulla regione inguino-crurale e perineale aveano destato l'ammirazione del suo severo e austero maestro, ed io che ero stato assistente di anatomia in Università straniera non avevo mai veduto un anatomico di così grande abilità e valore. Dico questo perchè Bassini molto prima ancora dell'84 aveva concepito e studiato il suo metodo che, come Egli stesso mi diceva, lo avea sottoposto al giudizio di autorevoli anatomici del tempo.

Il concetto quindi dell'operazione di Bassini è un concetto di getto puro, senza bolle, senza incrinature, senza gradini, ed Egli non avea certo bisogno della esperienza di due anni, nè avea bisogno di prendere da altri lo spunto per le sue scoperte. Nella Commemorazione che l'illustre Collega Donati, suo successore

nella cattedra di Padova, mi incaricò di fare nel '26, io potei dimostrare che molte scoperte sue per causa appunto di quella ingenita ritrosia nello scrivere portavano altri nomi. E noi suoi fedeli assistenti lo sappiamo per prova, perchè egli riduceva sempre ai minimi termini lavori nostri che ci aveano costato lungo studio e non poca fatica, e per i quali si potevano stampare molte e molte pagine.

Nell'*Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia*, anno IV, 1888, edito proprio qui a Genova, Tip. Sordomuti, a pag. 379, il Bassini riferì su 42 ernie ing. operate col suo metodo nel quale non accenna — come dice il Baggio — ai punti di sutura col retto, ma egli dichiarò: « essere questa una comunicazione preventiva: appena avrà raccolta la casistica che desidera, e sarà trascorso maggior tempo dalla data della operazione, pubblicherà il lavoro per esteso corredandolo di disegni dimostrativi ». Interloquirono il D'Antona, il Durante ed il Novaro che fece plauso alla bella operazione immaginata da Bassini.

Ho voluto riferire esattamente quanto sta scritto nell'Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, anno 1888; libro anche questo molto raro.

Se noi leggiamo bene nella casistica della monografia di Bassini rilieviamo che Egli quando fece la sua prima comunicazione nell'87 al Congresso di Genova disponeva già di circa 70 operazioni di ernia eseguite col suo metodo e quindi colla sutura al retto. Nel 1889, epoca della sua monografia, il numero dei casi così trattati era salito a 262..

È ben lontana da me l'idea di fare una colpa agli egregi colleghi Baggio, Licini e Lusena, perchè purtroppo la letteratura paesana può facilmente sfuggire alle nostre indagini e poi anche — diciamolo francamente che sarebbe ora e tempo — perchè noi italiani non ci conosciamo ancor bene, e tante volte non vogliamo conoscerci, e abbiamo sempre bisogno di inchinarci supinamente a tutto quello che viene da fuori. Proprio in campo erniologico mi basta citare un recentissimo lavoro: « Chirurgia comune d'urgenza » del dott. Nobili, di Argenta, sul quale il Giordano facendone la critica nel *Giornale Veneto di Scienze Mediche* (dicembre '33-XII) scrive: « Senonchè vorrei esprimervi qui un rincrescimento, ed è che in questo capitolo della chelotomia e cura dell'ernia non si trovi il nome di Bassini e le figure, (malgrado il bell'atlante dell'operazione Bassiniana divulgato dal Catterina) vengono prese dal... Veau ». A questo servile feticismo per gli stranieri, che viceversa per quanto riguarda l'operazione di Bassini ne sono ammiratori, bisogna che ci opponiamo risolutamente, richiamando specialmente i giovani a maggior rispetto per le cose nostre.

E veniamo a discutere la parte sostanziale della modificazione del Baggio.

Sa bene il Baggio che il modificare la Bassini è cosa difficile, è terreno sdrucciolevole, può anzi, come ben dice, sembrare persino sacrilegio il mutarne i dettami, perciò egli affronta il problema con rara prudenza e modestia chiedendo timidamente ai colleghi anatomici, se o meno deve ricredersi nella valutazione del suo metodo.

Discutere sulla Bassini con colleghi che scrivono in questo modo è cosa confortevole e che fa molto piacere.

**1. - Esperienze sul cadavere.**

Nella fig. n. 1 è rappresentata la regione inguinale dopo aver spostato in alto il triplice strato, ed in basso il cordone. Il fondo del campo operatorio è costituito dal tessuto grassoso sottosieroso, dai vasi epigastrici sollevati dalla forbice, e che costituiscono il lato esterno del triangolo, che in basso è dato dal legamento di Falloppia e all'interno precisamente dal muscolo retto nel quale possiamo distinguere la parte inferiore tendinea per circa tre centimetri, che si continua colla parte muscolare che va ad incrociare in alto l'estremità dei vasi epigastrici. Resta costituito un triangolo rettangolo nel quale l'ipotenusa è data dal retto ed è lunga sei centimetri circa, mentre i due cateti sono di quattro centimetri l'inferiore (Falloppia); di 4 ½ l'esterno (vasi). In fondo al retto si vede il piramidale che gli sta sopra.

Ora da questa figura ricaviamo quanto segue:

In primo luogo vediamo che il muscolo retto presenta l'estremo inferiore tendineo che è lungo due centimetri e più. Dirò anzi che in certi preparati è ancora più esteso, come è già noto in anatomia, tanto che può raggiungere i sette centimetri.

In secondo luogo vediamo che l'estremo superiore del margine del retto nel punto ove incrocia i vasi dista circa cinque centimetri dal margine della gronda di Falloppia.

Applichiamo ora i cinque punti di Baggio come lo dimostra la fig. 2 dove vediamo le anse accavallantisi coi vasi sopra una pinza anatomica. La figura è al disotto della grandezza normale.

L'effetto della applicazione dei cinque punti

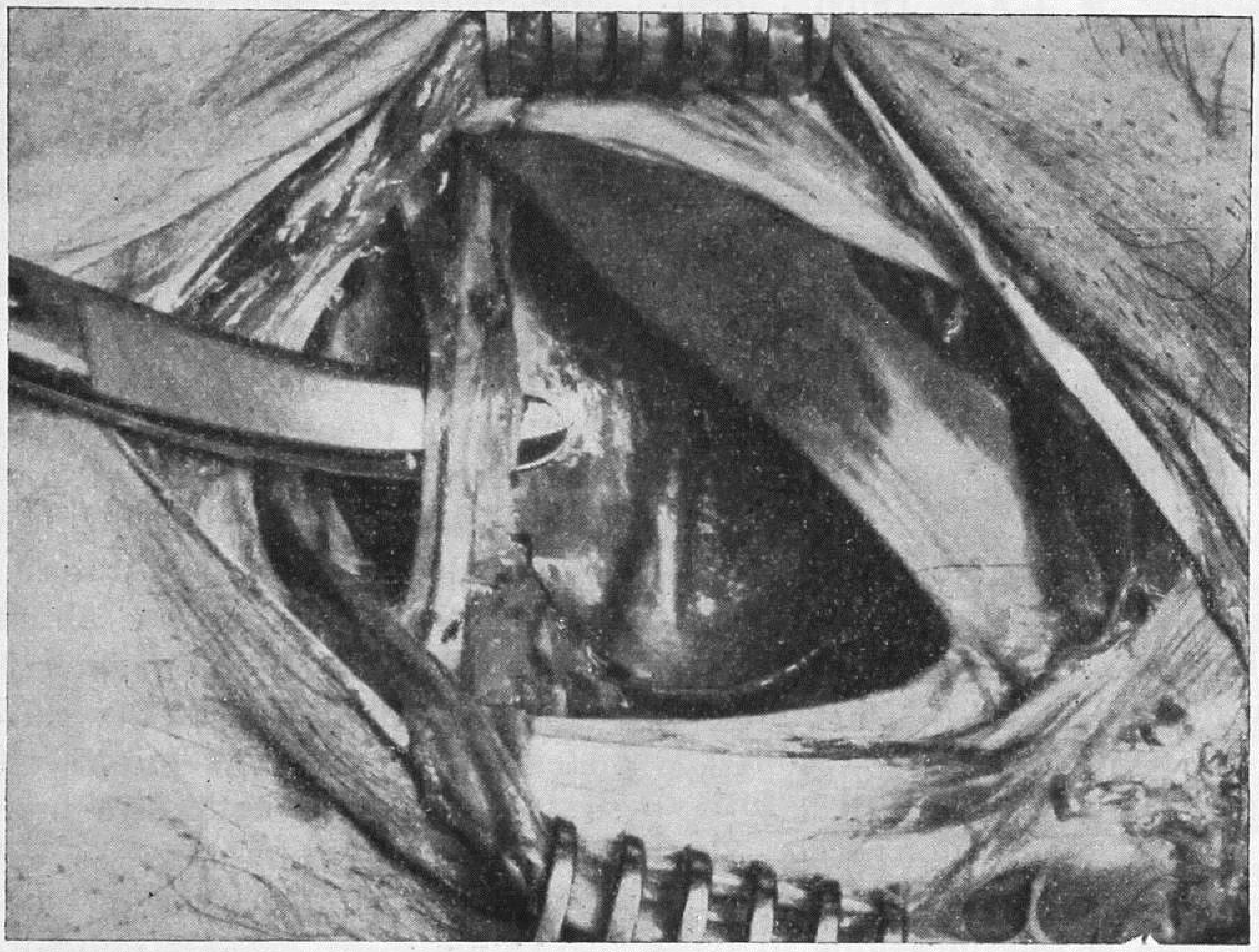


FIG. 1. — Preparazione anatomo-topografica della regione inguinale. Il triplice strato spostato coll'uncino, in alto, il lembo inferiore dell'aponevrosi del grande ob. arrovesciato in basso. I vasi epigastrici accavallati alla forbice, il muscolo retto colla sua porzione tendinea coperta in parte sul lato interno dal muscolo piramidale. In basso si vede il legamento di Falloppia col suo risvolto ed il cordone spostato con esso in basso. Il fondo del campo op. dato dal grasso preperitoneale.

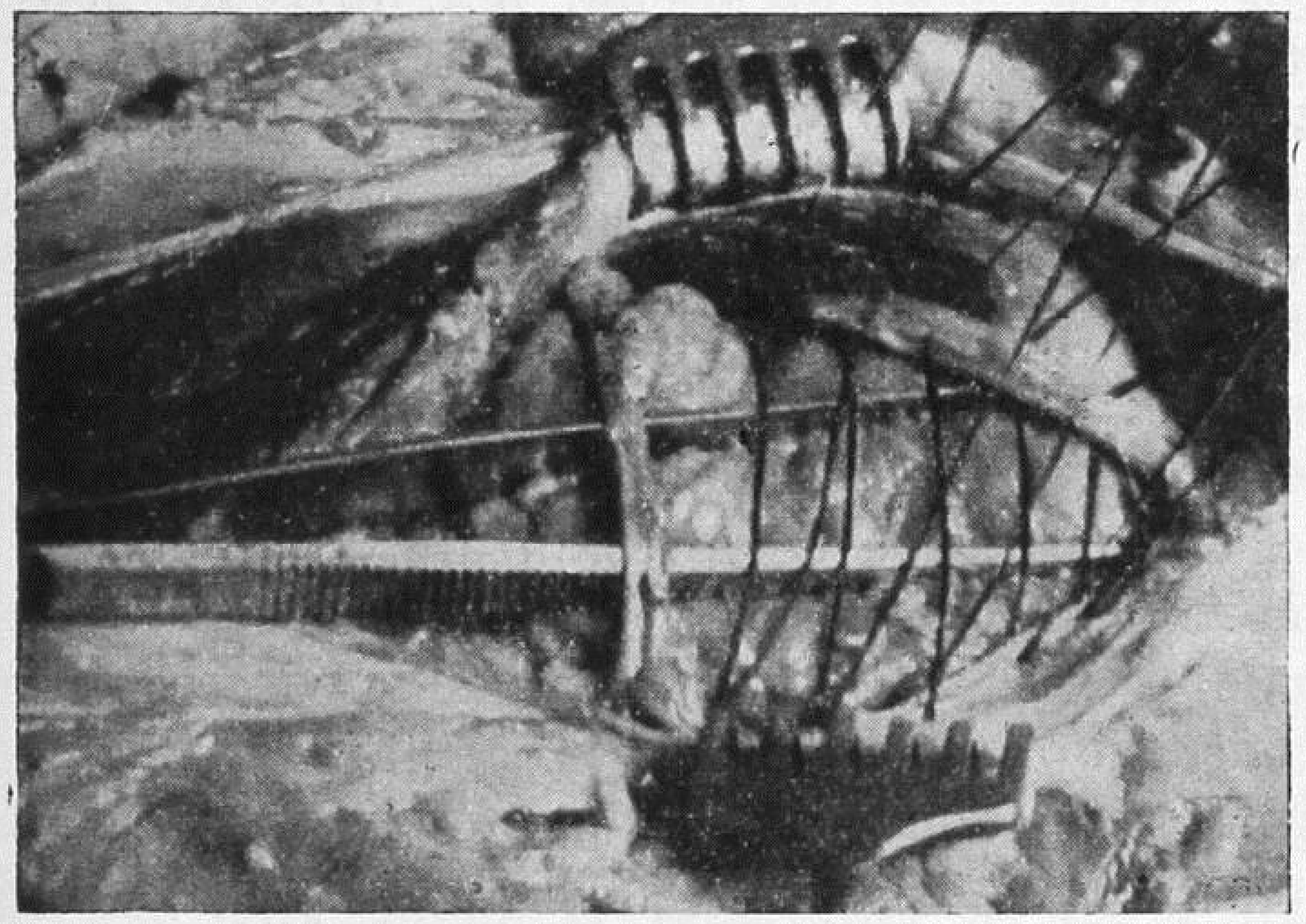


FIG. 2. — Applicazione delle anse di Baggio.

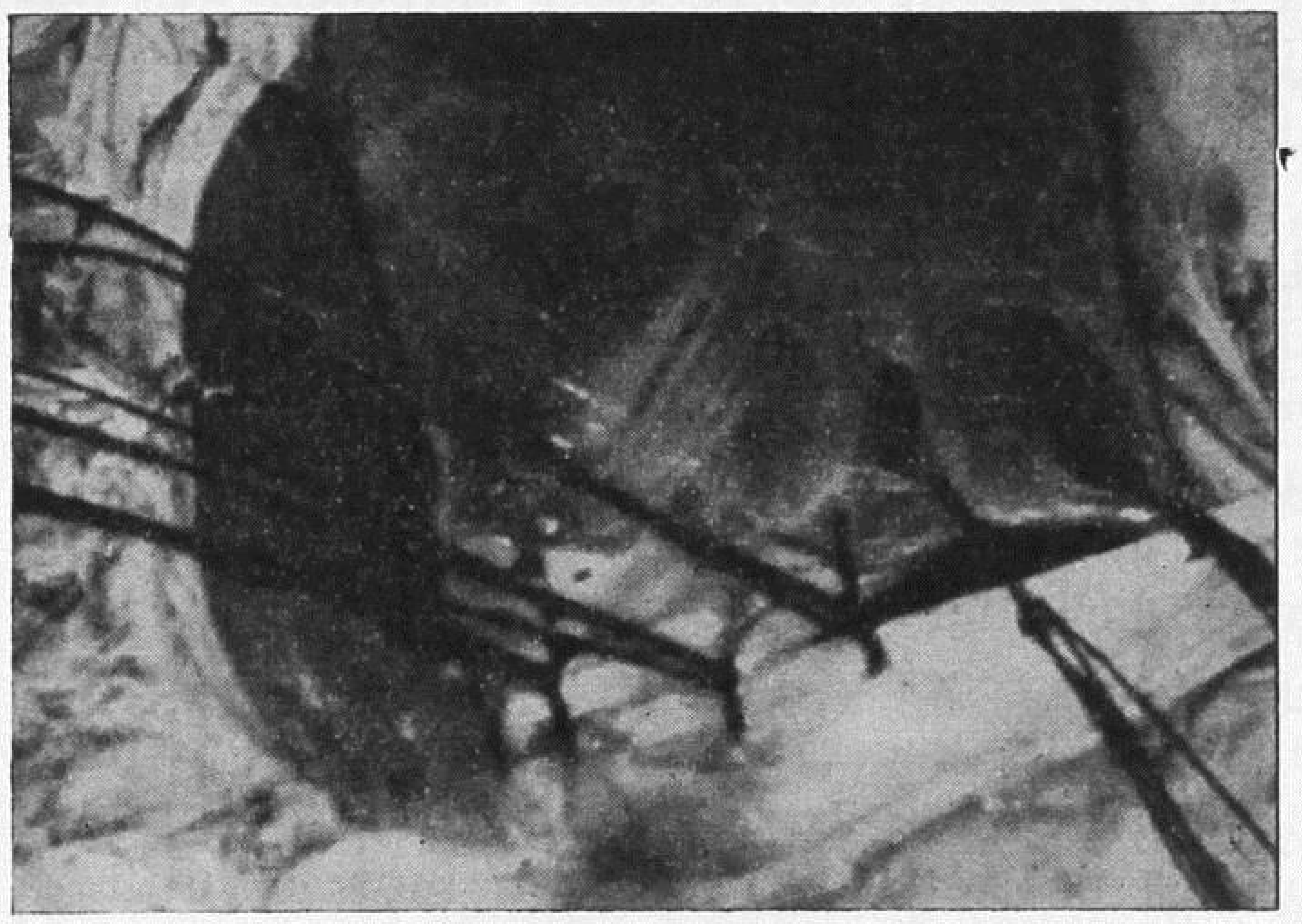


FIG. 3. — Annodamento delle anse. Già al terzo punto si inizia lo sfrangiamento progressivo delle fibre del muscolo retto.



FIG. 4. — Le anse sono annodate; le lacerazioni delle fibre del retto formano degli spazi lacunari.



FIG. 5. — Lo stesso fenomeno si ripete come nella fugura 4. I due punti di Bassini tengono perfettamente.

lo dimostrano le figg. 3, 4 e 5. Dopo l'applicazione dei due primi punti di Bassini le fibre muscolari del retto iniziano un movimento di sfrangiamento che va aumentando nell'applicazione del IV e più ancora del V punto ove osserviamo una vera lacerazione.

Il fenomeno si ripete tanto in cadavere ben conservato e muscoloso, quanto in cadavere a muscolo flaccido. In un caso le fibre muscolari del retto comprese dalle anse al momento dell'annodamento si distaccarono completamente.

Per metterci nelle condizioni precise della proposta Baggio abbiamo voluto comprendere nei punti alla Baggio anche il triplice strato, e i risultati furono che le fibre resistono meglio, — come era da presupporsi — ma che però specialmente per i due ultimi punti si notavano degli strappamenti non eccessivi.

Questi numerosi esperimenti sul cadavere ci hanno dimostrato che la modificazione di Baggio non è molto opportuna per l'incolumità delle fibre muscolari del muscolo retto comprese nelle manovre di sutura.

Dobbiamo anche aggiungere che, colla tecnica che a noi si presentava rispondente a quella di Baggio, l'operazione è tutt'altro che facile, sia per la dissociazione delle singole parti anatomiche, sia per le manovre di sutura.

A quanto ci consta i dettagli della tecnica del Baggio non sono stati ancora pubblicati. Ora, vedendo nei nostri esperimenti sul cadavere che data la distanza intercorrente (specialmente del III, IV e V punto di sutura), fra retto e margine del Falloppia si costringevano i fasci muscolari del retto compresi nella sutura a spostarsi eccessivamente all'esterno e perciò a facilmente lacerarsi, pensammo se non fosse più conveniente staccare addirittura l'inserzione pubica del retto, spostarla in fuori e suturare l'estremo cruentato alla gronda. Ora succede questo. Distaccando l'inserzione tendinea del retto al pube e spostando in toto questa per cucirla al Falloppia, essa risulta troppo ristretta e non si possono dare che due-tre punti di sutura. Se poi noi vogliamo spostare la parte realmente muscolare del retto tagliandolo a 3-4 cmc. dalla sua inserzione, in allora (e tanto più questo fatto si avrà nel vivo), la distanza fra gli organi suturandi è eccessiva, il loro affrontamento problematico, e anche sul cadavere assai difficile. Lo spostamento in totalità del retto lascia la parte corrispondente di vescica in condizioni topografiche e funzionali che potrebbero avere conseguenze non buone per essa.

Scoperte — dice Baggio — le fibre carnose del retto, dominando allora colla sutura questa massa muscolare si può compiere veramente quello che si dice l'abbassamento del retto, perchè il muscolo non fa che scendere senza mutare per nulla la sua topografia. È un po' difficile comprendere quello che il Baggio voglia dire.

Osserviamo la figura prima, che rappresenta la topografia del retto in rapporto alla gronda e ai vasi. Ora come fa il retto a scendere con qualsiasi sutura senza mutare per nulla la sua topografia? Di più — secondo Baggio — questo abbassamento sarebbe facilissimo tanto da potersi dare tre, quattro o cinque punti senza dover vincere resistenza alcuna; con questo abbassamento del retto si viene a costituire una parete formata da tutto muscolo e spessa dal pube fino all'anello inguinale esterno.

Affinchè un organo mantenga la sua topografia è indispensabile che resti al suo posto tutto intero, e che quindi le sue funzioni normali non vengano alterate. Ora guardando la nostra figura, se noi vogliamo coprire colle masse carnose del retto il triangolo dalla spina all'anello, noi dovremo spostare all'esterno in tutto od in parte il muscolo alterando con ciò la sua topografia, quindi la sua funzione. Nella posizione verticale il muscolo retto contraendosi abbassa la cavità toracica piegando la colonna vertebrale; nel decubito dorsale contraendosi solleva il torace prendendo il bacino come punto d'appoggio e reciprocamente. Oltre a ciò ha il compito di tendere la parete addominale, e resistere all'impulso delle viscere. Ne consegue quindi che col procedimento Baggio per quanto riguarda appunto la parte carnosa del muscolo, esso dovrà perdere la sua topografia, e entrando in azione o si strapperanno le fibre muscolari, o resterà compromesso lo stesso legamento di Falloppia. Per abbassare il retto lasciando integra la topografia bisognerebbe trascinarlo in basso nella direzione delle sue fibre, e allora la manovra non avrebbe nessuno scopo. Se invece recidiamo in totalità od in parte le masse muscolari del retto e le spostiamo all'esterno per cucirle al Falloppia fino all'anello ing. int., le conseguenze potranno esser peggiori; per l'accorciamento del muscolo, per la mutata topografia, per la scopertura della vescica e per la difficoltà della tecnica. Siccome il Baggio, come ripetiamo, non ha ancora pubblicato la sua tecnica, noi abbiamo dovuto stu-

diare la questione sotto molti punti di vista per essere completi.

APPLICAZIONE DELLA MODIFICA BAGGIO SUL VIVO.

Abbiamo sottoposto la modifica Baggio al controllo clinico operativo in due casi:

1) individuo giovane non molto muscoloso di 26 anni affetto da ernia ing. s. libera rid. acquisita di medio volume. Rachianestesia.

Procedendo colle norme di Bassini e secondo i risultati delle esperienze sul cadavere abbiamo cercato di suturare il bordo esterno del retto addominale e del triplice strato col Falloppia. Detto triplice strato viene a formare come un cuscinetto al davanti del muscolo retto impedendo di vedere se il bordo esterno di questo muscolo si affronti direttamente alla porzione riflessa dell'arcata. La sutura tende eccessivamente il muscolo retto e si desiste dall'ultimarla nella tema che le fibre del muscolo s'abbiano a lacerare.

2) individuo robusto muscoloso 47 anni. Ernia voluminosa d. libera, mal contenibile entero epiploica acquisita. Rachianestesia.

In questo caso procedendo come nel precedente si nota che data la robustezza del muscolo retto si può cucirlo con difficoltà al risvolto falloppiano, ma si osserva subito che invece di sfrangiarsi le fibre del muscolo suturate, si sfrangia il legamento di Falloppia per la forte trazione che il muscolo cucito esercita sul legamento.

Ora da questi due esperimenti si può conchiudere:

1) la modifica Baggio è di difficile esecuzione;

2) è notevolmente aggressiva sia per il muscolo retto, sia per l'integrità del legamento di Falloppia;

3) data anche la possibilità di poter suturare il muscolo al legamento, la trazione esercitata da esso è tale che il muscolo altera la compagine dello stesso legamento e allora il risultato è negativo non solo, ma vi è pericolo che la sutura profonda fallisca al suo scopo.

Se la tecnica da noi usata corrisponde a quella del Baggio dobbiamo dire che solo i due primi punti di sutura del retto insegnati da Bassini corrispondono allo scopo anche perchè lo studio sul cadavere e la esperienza clinica dimostrano che con questi due primi punti si comprende la sola porzione tendinea di attacco del muscolo che è sempre robusta e di facile dominio.

Il Baggio domanda il parere dei colleghi anatomici ai quali egli fece la sua comunicazione al V Convegno Nazionale di Cagliari del 1933. Rispose il Bruni: «Il metodo Bassini — egli disse — con le modificazioni proposte dal Baggio risponde pienamente alle condizioni anatomiche che si riscontrano nei tragitti inguinali robusti. La parete posteriore del tragitto è costantemente rinforzata dalla parte pubica dei muscoli obliquo, interno e trasverso, fascio indipendente che decorre parallelamente all'asse longitudinale del tragitto; quando la parte pubica è debole, si nota sempre una punta d'ernia». Mi permetto osservare che la parete posteriore del tragitto inguinale non è solamente rinforzata dalla parte pubica dell'obliquo interno e del trasverso che sarebbe poi il tendine congiunto, ma è rinforzata anche dalle aponevrosi caudali dei due muscoli che possono essere robuste anche nella porzione estrapubica precisamente in quella che ha diretto rapporto col legamento di Falloppia. Vi contribuisce anche la fascia trasversa propriamente detta con i suoi muscoletti e legamenti di rinforzo. Non sempre quando la parte pubica dei muscoli è debole si osserva una punta d'ernia, perchè all'eziologia dell'ernia sia pure allo stato di punta vi sono molte altre cause che vi contribuiscono e di maggiore entità della debolezza del tendine congiunto.

Il Bruni dice che il legamento falciforme non sarebbe altro che la parte laterale regredita del muscolo retto il quale nel suo sviluppo appare nella sua parte inferiore notevolmente più largo che nell'adulto e poi man mano si riduce.

Nella donna (nella quale le ernie inguinali sono meno frequenti) la riduzione del muscolo retto è meno accentuata che nel maschio. Ora non tutti gli anatomici sono di questo parere. Questo famoso legamento falciforme o legamento di Henle o falce inguinale o tensore della fascia trasversalis o tendine congiunto secondo altri anatomici non sarebbe che la porzione tendinea dell'aponevrosi caudale del muscolo trasverso; secondo altri sarebbe costituito dalle fibre del muscolo obliquo interno e trasverso che all'interno si uniscono e si fissano al margine esterno del retto e in basso si inseriscono sul pube (spina e sinfisi).

Secondo altri ancora questo legamento falciforme sarebbe costituito da fibre tendinee del piccolo obliquo e del trasverso rimaste verticali senza inflettersi. In una monografia completa che uscirà dal mio Istituto l'argomento sarà trattato a fondo, e verrà data la dimostrazione che questo organo tanto discus-

so secondo il nostro modesto avviso non sarebbe che l'aponevrosi caudale dei due muscoli predetti, e in questo mio giudizio — il collega Bruni lo sa — sono in buona compagnia anche di anatomici.

CONCLUSIONE.

Questa del Baggio che più che una modificazione è una amplificazione, un completamento della originaria Bassini, secondo il nostro modo di vedere, e se le nostre prove corrisposero al concetto informatore del Baggio non la crediamo destinata ad una pratica applicazione. L'abbiamo già detto nella conclusione del precedente nostro articolo riguardante le modificazioni moderne dei colleghi tedeschi. L'operazione di Bassini è un monumento di tecnica tale e che non può essere modificato. *Repetita juvant.*

RIASSUNTO.

Gli Autori discutono la modificazione Baggio all'operazione di Bassini per la cura dell'ernia inguinale e fondandosi su esperimenti sul cadavere e su applicazioni anche sul vivo ritengono che anche questa modificazione non sia scevra da inconvenienti.

**Nota aggiuntiva.**

Nel n. 26 della Sezione Pratica del *Policlinico* il Baggio ritorna sul suo tema prediletto con un nuovo articolo « Per il muscolo retto nella operazione dell'ernia inguinale ». Si rileva dal contesto che anche in questo suo nuovo scritto è sempre in questione l'operazione del Bassini. Ringrazio la Redazione del *Policlinico* che mi ha concesso di rispondere subito e definitivamente alle nuove argomentazioni del Baggio il quale ci fa sapere che anche questa nuova sua pubblicazione non è la definitiva perchè in una sua prossima lezione esporrà gli accennati ed altri particolari a cui si attiene nell'operare l'ernia inguinale, e ci promette poi il maggiore e completo dettaglio (che sarà anche illustrato da qualche figura) a quello che dovrebbe essere il Trattato Italiano di Chirurgia. Speriamo bene che lo sia

« Se consideriamo — dice l'A. — il muscolo retto ancora ricoperto dalla faccia trasversalis è certo che esso non si presta ad essere suturato all'arcata crurale; ma se lo mettiamo allo scoperto dalla fascia trasversalis ci si presta invece con una facilità sorprendente ».

Il retto è perfettamente libero nei suoi movimenti entro le sue guaine e al disotto del Douglas poggia e quindi scivola sulla fascia trasversalis sottilissima in alto, un po' più consistente in basso dove però il suo foglietto fibroso si va allontanando dal muscolo per spostarsi indietro verso il margine o labbro posteriore del pube, mentre il muscolo o meglio il suo tendine si porta colla sua inserzione più all'innanzi in modo da costituirsi così il noto spazio di Retius. Questa fascia quindi data la sua sottigliezza e i suoi rapporti col muscolo che sono molto lassi e possiamo dire di sola vicinanza, non può opporre la benchè minima resistenza sul morto e sul vivo all'abbassamento del margine esterno del retto verso l'orlo della gronda alla quale dovrebbe essere cucito. Quindi nessuna facilità di discesa e tanto meno sorprendente come dice l'A. Il reperto sul cadavere e le prove sul vivo stanno a dimostrarlo.

Per mettere allo scoperto il muscolo conservando intatti i suoi rapporti l'A. dice: « Suturati il sacco e chiuso il peritoneo prima di suturare la fascia trasversalis, si introduce l'indice nella apertura di essa tra fascia e peritoneo disponendone il polpastrello contro la fascia. Si avvertirà subito il rilievo carnoso del muscolo retto ».

Fermiamoci un poco. Speriamo di leggere nelle future promesseci pubblicazioni del Baggio le ragioni per le quali egli abitudinalmente suturi il sacco e non lo chiuda colle solite manovre di strozzamento coll'ansa previo attorcigliamento come insegnò Bassini, e come fanno tutti i chirurghi. Come è notissimo la sutura del colletto del sacco si fa solo quando l'imboccatura è molto ampia e non permette un unico aggiramento del filo. Stringendo il laccio previa la torsione del peduncolo, noi riuniamo il colletto in un punto minimo che per di più coi movimenti di detorsione del peduncolo viene affondato nella fossa iliaca. Una sutura, come pare faccia il Baggio, lascerà sempre una cicatrcie più grande e rimanendo in posto e non affondandosi potrà costituire un *punctum minoris resistentiae*. Non si comprende il concetto di: « suturato il sacco e chiuso il peritoneo ». Una volta suturato il sacco che porta con sè la chiusura del peritoneo che bisogno c'è di tornare a chiudere il peritoneo? Ma quando è stato aperto?, e dove?

Per sentire il rilievo carnoso del muscolo egli dunque incide la trasversalis, vi introduce l'indice il quale avvertirà sul polpastrello il ventre muscolare. È preferibile per palpare il muscolo come lo dimostra la nostra prima figura, di introdurre il dito non dietro alla fascia, ma al davanti, manovra molto più

semplice e più facile per poter raggiungere lo scopo che si prefigge l'autore.

Il periodo seguente è ancora più nebuloso. « Se ora mentre l'aiuto uncina in alto e in avanti il tendine congiunto si fa un piccolo occhiello sul sottile tessuto fibroso che ricopre il rilievo constatato dall'indice suddetto si vede subito la massa del retto... Le forbici completeranno l'apertura del rivestimento marginale del muscolo fino al pube medialmente e finchè il muscolo si sottrae alla vista lateralmente. Quivi si incontra e di solito s'interrompe un vasellino che può convenire di allacciare ».

Prima domanda: Che bisogno c'è ora di fare un occhiello nella fascia se questa è già stata incisa per introdurre al di dietro di essa il polpastrello dell'indice? Ma noi sappiamo che la fascia trasversa è sottilissima e lascia trasparire benissimo le carni del retto spostando in alto il tendine congiunto.

Abbiamo già detto che il bordo esterno inferiore del retto è quasi scoperto perchè quivi la fascia si sposta all'indietro. Il rivestimento marginale del muscolo in basso ossia sulla sua parte tendinea, come si vede dalle figure, è ridotto a tale sottigliezza da rendersi inutile la sua apertura colle forbici. Per quanto riguarda il vasellino innominato diciamo subito che se è realmente un vasellino, non torna conto allacciarlo, ma se, come risulta dalla prima nostra figura, il vasellino è dato dalla epigastrica profonda, come è presumibile, in allora l'allacciatura anche prima di ferirlo si impone. Dico presumibile perchè appunto la fig. 1 dimostra che precisamente in alto e all'esterno i vasi epigastrici incrociano il margine posteriore del muscolo.

« Eseguita questa preparazione anatomica, — continua l'A. — si ha: tendine congiunto intatto in avanti, fascia trasversalis integra posteriormente, muscolo retto fra mezzo che risponderà facilmente alle trazioni in basso ».

Ora è molto difficile spostare in alto ed in avanti il tendine congiunto senza togliere le sue connessioni col pube (sinfisi e più oltre fino per due-tre cent. La nostra prima figura fa vedere appunto il muscolo piramidale scoperto e il tendine congiunto distaccato e spostato in alto colla guaina anteriore del retto. L'A. dice che la fascia trasversa è integra: ma non la ha già incisa forse anche due volte per potervi introdurre per l'occhiello il dito? la ha forse suturata? e quando? e come? In quanto alla risposta che dà il retto alle trazioni in basso l'abbiamo esperimentata sul cadavere e sul vivo. Una delle due: o si lacerano le fibre, o, se mai si avesse la fortuna di abbassarlo sul Falloppia e unirvelo, si strappa o si lacera quest'ultimo.

Non si comprende poi perchè si debba fare eventualmente una sutura speciale se è stato inciso. Una volta che lo si deve comprendere nella sutura profonda di Bassini, questa sutura separata ci sembra completamente fuori luogo. « E si evita l'inconveniente — continua l'A. — controllando l'azione del bistori non solo verso la fascia cioè sulla guida dell'indice retroposto, ma anche verso il tendine congiunto che può essere osservato dal davanti. Anche questo periodo è un po' astruso. Di una azione del bistori finora non si è mai parlato, forse lo adopera in primo tempo per fare il famoso occhiello per allargarlo poi colla forbice. Comunque sia l'uso del bistori per incidere a mano libera con esso la fascia trasversa è manovra da proscriversi perchè è pericoloso.

Se il tendine congiunto può essere osservato dal davanti non esclude che possa essere veduto anche dal di dietro. È questione di preparazione; perchè ad esempio nella nostra prima figura è arrovesciato e visibile anche dal di dietro.

Ma purtroppo le modificazioni che Baggio ci insegna non sono finite. Egli lascia il cremastere, incide l'aponevrosi fuori del canale, sutura il peritoneo, e sutura i muscoli con punti ad U verticali da annodarsi all'esterno. Già quaranta anni or sono, il Carle propose ed eseguì questa modificazione che egli stesso poi ha abbandonata.

E se la presente pubblicazione — scrive il Baggio — non è discara agli allievi del maestro, sia anch'essa d'omaggio alla sua memoria nel cinquantenario della prima operazione che Frattin ben opportunamente ha ricordato ».

A questo punto vorrei ricordare le parole colle quali il Giordano criticò la mia opera sulla Bassini e che misero così di buon umore il Forgue come dice, nella prefazione che egli fa al mio libro nella edizione francese.

« Con altro collega si assisteva un giorno alquanto sconcertati a certa operazione che uno andava facendo, col tagliare, e poi cucire, nella regione inguinale. Quando fummo usciti dalla camera, ove colui operava, il collega mi domandò: « Ma le pare che abbia fatto una cura radicale alla Bassini quell'audace? ». Ed io: « Egli ha chiuso una fenestra per aprire un portone ».

Conveniamo che questa fosse una eccezione, ma era pure la esagerazione di quanto per il mondo, Italia non esclusa, molti quotidianamente fanno, credendo praticare, e volendo

far credere che praticano l'operazione di Bassini. La antisepsi consente tali cose senza troppa compromissione della vita degli erniosi; e quando in cotesti tagliati ricompare l'ernia quegli operatori dicono che quella di Bassini è operazione cattiva, o mediocre, o perfettibile; e si illudono di mandare il proprio nome ai posteri, « perfezionandola ».

Ora possiamo dire che se uno ha più del 2, o ad essere larghi, del 3 o 4 % di recidive, egli non ha fatto l'operazione di Bassini.

Il Catterina che fu col maestro nel periodo della sua migliore attività ed al quale questi commise la traduzione della sua classica memoria sul nuovo metodo per gli Archivi di Langenbeck, preoccupato per lo scempio che si fa ancora della operazione di Bassini, e dei giudizi errati che qua e là se ne fanno, concede che la famosa monografia, ormai esaurita, fosse stringata da rimanere in qualche punto oscura per chi legge senza una profonda cognizione anatomica e attitudine chirurgica a bene intendere. E perciò in questa pubblicazione egli prende per mano colui che vuole senza deviazioni accingersi alla operazione di Bassini, e gli vien esponendo in modo piano, ma preciso e minuto quello che deve fare dal momento che prende il bisturi in mano, fino a quello nel quale la ferita suturata ha da venire ricoperta colla medicazione.

È l'operazione come se si fosse in teatro operatorio, è strato per strato e tempo per tempo, rappresentata con 16 tavole dipinte con precisione da un pittore medico, e accompagnate da altrettante didascalie. Il Catterina offrendo tale libro atlante ai chirurgi, (e mi consta che seguiranno edizioni anche in lingue straniere) riapre ad essi la camera operatoria con Bassini operante; e rende inscusabili coloro che vogliono continuare a non capire e a fare cose diverse, dicendo che fanno l'operazione di Bassini ».

Sono già comparse l'edizione tedesca con prefazione di v. Eiselsberg, quella francese con prefazione di Forgue, quella anglo-americana con prefazione dei Fratelli Mayo. Di prossima pubblicazione quella spagnola con prefazione di Corachán.

### RIASSUNTO E CONCLUSIONE.

La modificazione Baggio per quello che di essa finora si conosce, e che consisterebbe nell'aggiungere ai due punti di sutura fra il bordo esterno inferiore del muscolo retto e la gronda di Falloppia, insegnati e precisati da Bassini, altri tre o più non ha resistito alla prova anatomica e a quella clinica. Essa anzi si è dimostrata di difficile esecuzione ed anche pericolosa per la integrità sia delle fibre muscolari da cucirsi al risvolto di Falloppia, sia delle fibre della stessa gronda che con i punti del Baggio possono venire disgregate.

---

Rendo grazie al Prof. Catterina: prima per il modo lusinghiero col quale ha voluto presentarmi ai suoi lettori, poi per il suo giudizio: che la mia « più che una modificazione è una amplificazione, un completamento della originaria Bassini »: onore assai più grande di quanto mi ripromettessi, ma concetto che risponde esattamente a quanto ho scritto anche da poco in seguito alla pubblicazione di Frattin. Ed è invece proprio per questo mio secondo scritto che Catterina prende a bistrattarmi: nella nota aggiuntiva.

Potrei fare una questione di metodo critico e domandare se il Prof. Catterina, il quale ha scritto che non sono un imbecille, si sia chiesto come mai io, che dico di operare a quel modo da parecchio tempo, non abbia riscontrato le incongruenze anatomiche e le antifisiologicità ch'egli invece ha rilevato subito alla prima operazione, e, nel caso che ciò sia avvenuto, perchè io continui ad operare così.

Mi limito invece a constatare che c'è un malinteso forte fra Catterina e me; ed è quello che riguarda il fatto prima ed il modo poi, della scopertura del muscolo retto dal suo inviluppo nella fascia transversalis. Io scopro il margine del retto nell'angolo dietro formato dalla fascia transversalis in dietro, dal tendine congiunto in avanti: e per questo bisogna incidere uno strato fibroso che è dipendenza della fascia transversalis. Facendo così, io evito tutti gli inconvenienti lamentati da Catterina e lo posso assicurare che, non solo non « apro portoni », ma chiudo « la finestra » ermeticamente. Tanto che la facezia richiamata alla fine della nota aggiuntiva non mi toglie proprio nulla del godimento procuratomi dal surriportato giudizio della nota principale.

D'altra parte, il dispiacere di aver urtato nel Prof. Catterina l'affettività di Scuola è stato già compensato in precedenza da una nobilissima lettera dello stesso Frattin.

G. BAGGIO.

***

Abbiamo pubblicato volentieri la nota critica del Prof. Catterina, e ora le poche parole, che il Prof. Baggio, cui l'abbiamo comunicata, ci manda in risposta.

I lettori si sono fatta certamente un'idea precisa della modificazione Baggio; il giudizio definitivo spetterà ai chirurgi che vorranno sperimentarla.

E con questo intendiamo chiusa la polemica.

LA REDAZIONE.

## L'ATTUALITÀ MEDICA

### Su di un nuovo acceleratore delle combustioni organiche.

(COURDONAN. *Le Progrès Méd.*, 14 ott. 1933).

Fu per caso durante la guerra che l'attenzione dei medici addetti alle officine chimiche, fu richiamata dai fenomeni presentati dagli operai che manipolavano i fenoli dinitrati; questi sintomi differivano totalmente da quelli osservati nei manovali intossicati da fenoli trinitrati (acido picrico). Uno studio completo di questi fatti fu iniziato allora in Francia da Mayer, in collaborazione con Magne e Plantefol, mentre gli Americani vi si dedicarono dal canto loro ed i lavori più importanti sono quelli di Cutting, Mehertens e Tainter.

Tra i fenoli dinitrati esistono sei isomeri: il più attivo è l'alfadinitro-fenolo 1, 2, 4 distinto da Mayer col nome di Thermol, ma più correntemente noto col nome di Nitrofenina. Gli effetti fisiologici sono assolutamente impressionanti per la loro intensità e la loro novità: essi differiscono del resto secondo che si somministrino dosi sub-tossiche o dosi normali.

La dose terapeutica nell'obesità, per os, è di 3 mgr. per Kg., la dose sudorifica è di 5-8 mg. per Kg. la dose diretogena di 10 mg.; la dose che provoca manifestazioni serie è di 30 mgr. per Kg.; la dose mortale è di 0,50 mgr. per Kgr., ossia più di 15 volte la dose terapeutica usuale.

,La via d'introduzione ordinaria è la via orale; la via ipodermica che non è per nulla efficace, ha soltanto il vantaggio di un controllo medico più diretto quando si usa la nitrofenina ad alte dosi (8-10 mgr. per Kgr.) per provocare la febbre artificiale; in pratica dunque si utilizzano granuli titolati a 3 ctg. e glutinizzati, ingeriti in una sola volta al giorno, alla fine del pasto principale.

*a*) Effetti delle dosi subtossiche: il primo fenomeno provocato dalle forti dosi di n. è l'elevazione della temperatura; si tratta di una iperpiressia rapida ed enorme, la quale in condizioni sperimentali ha potuto raggiungere i 45°. Essa è determinata da un aumento considerevole delle combustioni cellulari ed infatti la quantità di $CO^2$ esalata può decuplicarsi: il metabolismo basale ascende a cifre straordinarie.

*b*) Effetti delle dosi normali. Il fatto che colpisce dopo l'iniezione di una dose debole, è che le caratteristiche della intossicazione possono essere molto spiccate od anche totalmente assenti. La temperatura può elevarsi di poco ed anche rimanere costante. Ciò è importante per l'utilizzazione terapeutica ed infatti gli AA. americani hanno potuto dare ai loro soggetti una dose quotidiana normale di nitrofenina (3 mg. per Kgr.) per intieri mesi, senza osservare il minimo disturbo ed in particolare nessuno di quei disturbi nervosi, digestivi, cardiaci, tanto frequenti con gli estratti tiroidei. Eppure, nonostante l'assenza di tutti questi fenomeni subiettivi, due effetti fisiologici persistono: l'elevazione del metabolismo basale e la caduta del peso.

Le indicazioni cliniche della nitrofenina sono numerose, ma possono riassumersi in una parola: tutti i rallentamenti della nutrizione. Nell'obesità ad es., (con insufficienza ovarica, ipopisaria, tiroidea) in 8-10 settimane di cura, la caduta del peso può arrivare ad 8-10 Kg. senza che insorgano tremori, angoscia, palpitazioni, ecc.

Nelle ipotiroidie, nell'anidrosi, nell'ipotermia la nitrofenina trova pure evidenti indicazioni, come del resto in tutti i disturbi patologici legati ad insufficienza delle osservazioni cellulari.

La nitrofenina infine può essere utilizzata per produrre la febbre artificiale: l'ipertemia in tal modo determinata supera facilmente i 40°. non è accompagnata da fenomeni di shock, nè si tratta di una elevazione passiva della temperatura, come quella che si ottiene con le onde corte. Essa si avvicina molto, nel suo meccanismo alla piretoterapia attuata mediante la malarizzazione.

La Nitrofenina costituisce ovunque un medicamento di una potenza straordinaria, unita ad una tolleranza notevole, alle dosi normali: una medicazione così attiva merita di essere usata con piena cognizione; essa costituisce un enorme progresso sui preparati tiroidei.

A. P.

# PROBLEMI NUOVI

## A proposito della patogenesi dell'edema acuto del polmone.

(G. MELLI. *Annales de Médecine*, giugno 1934).

L'A. risponde ad alcune critiche avanzate da Coelho e Rocheta a proposito delle ricerche della Scuola di Frugoni sulla patogenesi dell'edema acuto del polmone.

Nella intenzione di controllare le ricerche della Scuola del Frugoni sulla liberazione di sostanze ad azione istaminica nel corso dell'accesso di edema polmonare acuto, Coelho e Rocheta hanno iniettato direttamente dell'istamina nell'arteria polmonare di cani a torace aperto, ottenendo risultato negativo.

Melli fa notare che l'istamina ha un potere edematigeno strettamente locale quando si trova in seno ai tessuti, non quando si trova in circolo. In quest'ultimo caso essa potrà provocare delle reazioni generali più o meno violente, non mai l'edema. È noto come correntemente si inietti all'uomo dell'istamina, per via endovenosa, per la prova della funzionalità gastrica, senza che mai si veda apparire edema polmonare; negli animali da esperimento si inietta l'istamina in dosi molto più forti ed essi muoiono spesso di choc, ma non presentano mai edema polmonare; se, al contrario, una quantità più piccola di istamina è introdotta nello spessore della pelle, si vede immediatamente formarsi « in loco » una grossa placca urticariforme, cioè un edema localizzato.

I polmoni sono molto ricchi in istamina ed è dunque possibile, per quanto ancora non provato, che l'istamina, o sostanze ad azione istaminica siano liberate per opera di stimoli determinati e che, trovandosi nel tessuto stesso, esse esercitino in pieno la loro azione edematigena.

Bisognerebbe dirigere le ricerche in questo senso in modo da dimostrare la realtà di questa liberazione, finora solo supposta, di sostanze istamino-simili, e non mettere in evidenza il loro valore edematigeno ch'è già universalmente noto e non ha bisogno di essere dimostrato.

In altre esperienze della Scuola di Frugoni, eseguite specialmente da Antoniazzi, si dimostrava che facendo la legatura dell'aorta immediatamente al di sotto dell'arco nel coniglio a torace aperto, non si riesce a provocare l'edema polmonare acuto. Si può invece ottenere tale risultato (probabilmente perchè in questo caso entra in gioco l'aspirazione della pleura) se la legatura è fatta con una tecnica speciale senza aprire le pleure. Coelho e Rocheta al contrario affermano di aver ottenuto costantemente l'edema polmonare acuto nei cani a torace aperto sia praticando la legatura dell'aorta sia distruggendo per via chimica il ventricolo sinistro. Ma, a parte che le esperienze di Coelho e Rocheta sono state eseguite sui cani, mentre quelle della Scuola di Frugoni furono eseguite sui conigli, e la letteratura è ricca di documenti che provano le differenze fra le due specie di animali rispetto ad esperienze simili; le esperienze di Coelho e Rocheta sono in piena contraddizione con quelle di un esperimentatore come Sahli che, operando su cani a torace aperto, con una tecnica simile, ottenne solo eccezionalmente edema acuto del polmone, sia legando l'aorta, sia distruggendo il ventricolo sinistro.

Melli fa infine notare come Coelho e Rocheta ignorino completamente lo studio complesso sui fattori meccanici, emodinamici e umorali dell'edema polmonare acuto, contenuto nella monografia di Frugoni, e come essi, dare più forza alle conclusioni che si credono autorizzati a trarre dalle loro esperienze, avanzino delle affermazioni inesatte che qualificano come notorie. Essi dicono, per esempio, che è cosa universalmente nota in Clinica che l'accesso di edema polmonare acuto coincide con una crisi di insufficienza acuta del ventricolo sinistro, ciò che è del tutto inesatto. Se gli autori avessero sfogliato la monografia che citano e criticano, avrebbero potuto constatare come misurando la pressione arteriosa nell'accesso polmonare acuto si constata spesso e particolarmente all'inizio un aumento della pressione e giammai una diminuzione. E questa osservazione è sufficiente a dimostrare la potenza del ventricolo sinistro durante l'edema polmonare, senza voler citare i casi, non eccessivamente rari, registrati nella letteratura, di edema polmonare, in soggetti a cuore sano e valido, per trauma del sistema nervoso, in casi di infezione tetanica, di lesione dell'aorta, di sclerosi renale, ecc.

C. TOSCANO.

# SUNTI E RASSEGNE

## SEMEIOTICA.

### Le manifestazioni oculari delle malattie allo stato iniziale.

(A. Maitland Ramsay. *British Medical Journal*, 12 maggio 1934).

Il passaggio dallo stato di salute a quello di malattia è con tutta probabilità caratterizzato da modificazioni fisico-chimiche del sistema capillare, nel quale pertanto dovrebbero sorprendersi i primi segni dello stato patologico.

Tutti gli scambî metabolici avvengono attraverso la parete dei vasi capillari che quindi costituiscono la parte più attiva, più dinamica, più efficiente del sistema vasale. La loro contrattilità è controllata non solo dai nervi vasomotori ma anche da stimoli chimici agenti direttamente sulle pareti. Essi non sono semplici canali attraverso i quali scorre il sangue sotto l'impulso trasmesso dalle arterie, ma sono costituenti essenziali dei tessuti nei quali si trovano, che a seconda delle proprie esigenze regolano e controllano l'apporto di sangue.

La funzione dei capillari può essere osservata attraverso l'esame del fondo dell'occhio. Data la trasparenza della retina normale si può vedere il sangue scorrente nell'arteria centrale e nelle arterie più sottili, e, facendo uso della luce giallo-verde di Friedenvald si possono seguire i capillari nei loro più fini dettagli.

Dal punto di vista clinico la retina può essere distinta in una parte conducente ed in un'altra ad alta funzione specifica. La prima, comprendente le cellule gangliari e le fibre nervose, riceve i suoi capillari dal plesso superficiale e profondo dell'arteria centrale, mentre la seconda, quantunque non vascolarizzata, riceve nutrimento abbondante dai capillari coroidali. Perciò la retina è irrorata tanto dall'arteria centrale che dai vasi dell'uvea, che benchè distinti anatomicamente dal punto di vista funzionale concorrono al medesimo scopo.

Le pareti dei capillari mentre sono liberamente permeabili ai cristalloidi, all'acqua ed ai gas, hanno una relativa impermeabilità ai colloidi, il cui grado varia nelle differenti parti del corpo a seconda delle necessità dei singoli tessuti.

I capillari della retina sono quasi del tutto impermeabili ai colloidi, il che ne assicura la trasparenza permettendo la loro visibilità, per cui si può giudicare dal loro stato quello degli altri capillari del corpo.

I capillari sono molto suscettibili alle influenze morbose, e quindi sono particolarmente sensibili alla qualità del sangue. Ogni forma di tossiemia provoca una rapida dilatazione con aumento della permeabilità delle pareti. Si spiega perciò come la congestione dei capillari provocando infiltrazione colloidale delle loro pareti riduce la trasparenza della retina.

Da queste considerazioni si deduce il corollario che ogni diminuzione della translucenza della retina, conseguenza di infiltrazione colloidale della parete dei capillari, indica uno stato di alterata crasi sanguigna e costituisce perciò il primo sintoma dell'allontanamento dallo stato di salute.

In queste condizioni il paziente è in grado di leggere tutta la scala delle lettere tipo ma con minore sforzo quelle medie, ed avverte un senso di calore e di pena agli occhi e quando legge si stanca facilmente. Talvolta la lettura protratta produce un dolore neuralgico che dagli occhi si irradia alla fronte ed alle tempie. La visione può diventare incerta, le lettere si sovrappongono. Questi sintomi sono talvolta accompagnati da visioni di scintille, improvvisi oscuramenti della vista, incapacità di adattamento alle variazioni dell'intensità luminosa. In qualche caso si ha un disturbo del senso cromatico, nel senso che non sono percepite le differenze anche marcate della tonalità dei colori.

In relazione al fatto che l'occhio ed il cervello sono irrorati dalla carotide interna, la circolazione retinica ha molte analogie con quella cerebrale. Non sorprende quindi che insieme ai disordini visivi si abbiano disturbi nervosi. Tra questi i più comuni sono il difetto del potere di concentrazione, la difficoltà di ricordare quel che si è letto poco prima, il facile divagare, il dimenticare subito quel che si voleva dire. Si ha quasi sempre irrequietezza, irritabilità, intolleranza, smemoratezza, depressione. In queste contingenze si ha pure una tendenza ad esagerare la intensità e la portata dei disturbi, i pazienti diventano nevrastenici ed ipocondriaci.

Le relazioni tra reni e occhi sono ben note. La congestione dei capillari provoca in ambo gli organi un abbassamento della funzione: diminuzione della vista da una parte e diminuzione della secrezione dell'urina *in toto* o dei suoi componenti dall'altra.

La frequente associazione di un difetto del senso cromatico per l'azzurro con l'ossaluria persistente fa pensare che anche i sintomi visivi siano l'effetto di un'alterazione del metabolismo.

Quando non esistano altri fatti che la spiegano, la congestione dei capillari della retina deve far pensare all'esistenza di un focolaio infettivo che alimenti la tossiemia. Sta di fatto che in molti dei casi la congestione capillare scompare dalla retina, il *fundus oculi* riacquista la sua normale translucenza e cessano i disturbi generali e oculari, quando si rimuove il focolaio settico.

Nei bambini non sono rare forme di albuminuria accompagnate da disturbi visivi, nelle

quali la congestione renale e oculare non sembrano interdipendenti, ma ambedue determinate dalla stessa causa, ossia da una tossiemia generale dipendente da disordini metabolici. In questi bambini un opportuno regime alimentare ricco di vitamine A e D e la somministrazione di tonici contenenti ferro per migliorare lo stato generale, fa scomparire l'albuminuria mentre il fondo oculare riacquista la sua lucentezza.

In conclusione si può ritenere come probabile che i primi segni di una malattia generale consistono nella dilatazione e nell'aumento della permeabilità dei vasi capillari; che questa può essere clinicamente rilevata attraverso la perdita della lucentezza del fondo oculare; che questo reperto può essere considerato come il fatto visibile di un fenomeno eguale che si verifica in tutto l'organismo; che a mezzo dell'oftalmoscopia si possono riconoscere stati morbosi nella loro fase iniziale, cioè a dire quando le possibilità di cura sono maggiori. DR.

## ALLERGIA.

### Allergia insulinica e sua desensibilizzazione.

(L. M. BAYER. *Journ. Am. Med. Assoc.*, 9 giugno 1934).

Il numero dei casi descritti di allergia verso l'insulina è ancora piccolo (circa dieci) e già la letteratura è abbastanza ricca di discussioni e di ipotesi sull'argomento.

L'A. riporta un caso capitato alla sua osservazione in cui si avevano gravi reazioni, costituzionali più che locali, alle iniezioni di insulina, le quali scomparvero in gran parte dopo una adatta cura desensibilizzante.

Si trattava di una diabetica di 50 anni, la quale, in seguito ad iniezioni di insulina, dopo 15 o 30 minuti, cominciava a presentare dei pomfi non solo nel sito di iniezione ma anche per tutto il corpo; talvolta si presentava anche un *rash* diffuso maculare. Un giorno, in seguito ad una dose di 5 u., fu colta da violenti crampi addominali, da un *rash* maculoso diffuso a tutto il corpo, da diarrea e senso di collasso. Guarì spontaneamente.

La paziente non presentava nell'anamnesi alcun sintoma che facesse pensare ad una tendenza alla allergia: le prove cutanee fatte con i vari tipi di insulina del commercio diedero sempre risultati assolutamente positivi. Il processo di desensibilizzazione si attuò in un solo giorno, incominciando da dosi minime (1 ‰ di U.) di insulina e crescendole di mezz'ora in mezz'ora. Tale metodo diede risultato pienamente soddisfacente, in quanto la p. potè dopo allora fare la sua cura insulinica senza accusare più alcun disturbo.

Il caso si presta a varie considerazioni sui punti più discussi riguardo alla allergìa da insulina.

In quanto alla frequenza e all'occorrere del fenomeno è da notare che la paziente non risultava dalla storia soggetto tendenzialmente allergico, così come è per la maggior parte dei casi sinora descritti, per quanto alcuni AA. considerino l'ipersensibilità verso l'insulina come uno stato acquisito e simile all'allergìa verso determinati medicamenti e sieri.

Il fatto però che i sintomi allergici non siano apparsi improvvisamente fin dalla prima iniezione ma sian venuti crescendo progressivamente, appoggia la seconda opinione.

Per quanto riguarda le reazioni stesse esse sono generalmente, come in questo caso, di due tipi: locale e generale.

Le reazioni locali possono essere piccoli pomfi o grosse tumefazioni che possono giungere sino all'ascesso sterile. Le reazioni generali possono essere limitate alla cute o involvere l'organismo intero. In questo caso lo schock fu preceduto dalle manifestazioni più lievi.

Nessun caso di morte è stato finora descritto.

La questione dell'identità dell'agente causale, se sia l'insulina o le proteine impure che l'accompagnano a causare lo stato allergico, non è ancora stata risolta. In questo caso il fatto che le reazioni cutanee erano positive con tutti i tipi di insulina del commercio fa pensare che l'insulina stessa era la causa della sindrome allergica.

Riguardo al metodo di cura, l'iniezione successiva a brevi intervalli di piccolissime dosi di insulina diluita, si è dimostrata efficace per quanto la guarigione non sia stata completa, avendosi di tanto in tanto dei lievi segni di reazione allergica.

D'altra parte una desensibilizzazione in questi casi risulta necessaria, avendo i pazienti necessità della cura insulinica per il loro diabete.

È per questo che l'allergìa insulinica, per quanto rara, può rappresentare un problema alquanto urgente e complicato, quando si verifichi in un paziente affetto da diabete grave.

G. LA CAVA.

### Desensibilizzazione o protezione temporanea dell'organismo sensibilizzato.

(PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIE e M.me A. HUGO. *Presse Médicale*, n. 54, 7 luglio 1934).

Gli AA. prendono le mosse da un loro precedente lavoro (*Presse Médicale*, 14 aprile 1934) nel quale, in base a osservazioni cliniche personali e di altri AA., sarebbero giunti a dimostrare che i metodi di desensibilizzazione, tanto gli specifici che i non specifici, non sono altro che dei metodi di assuefazione: coi procedimenti di « desensibilizzazione non specifica » si assuefà l'organismo agli chocs, qualunque ne sia l'origine; coi procedimenti di « desensibilizzazione specifica » lo si assuefà alla causa nociva, sia che si tratti di un antigene ponderale sia che si tratti di un agente fisico (orticaria solare, orticaria da freddo).

Con questo lavoro, cui ne seguiranno degli altri sullo stesso argomento, gli AA. passano agli esperimenti sugli animali. L'animale di scelta è il coniglio, la cui sensibilizzazione al siero di cavallo è facilmente realizzabile, e il cui choc anafilattico si mette indiscutibilmente in evidenza nel tracciato colla caduta della pressione arteriosa in seguito alla iniezione scatenante.

Per l'esatta valutazione dei risultati ottenuti è necessario mettere a punto i seguenti fatti sperimentali:

1) Le varie vie di sensibilizzazione hanno presso a poco lo stesso potere sensibilizzante. Le più favorevoli sembrano la via sottocutanea e poi la via endovenosa.

2) Il tempo minimo perchè si stabilisca lo stato anafilattico è di sette giorni per la via endovenosa, di otto per quella endomuscolare o endoperitoneale, e di undici per quella sottocutanea o intradermica.

3) Una iniezione intercorrente, praticata prima che si stabilisca lo stato anafilattico, nè impedisce alla iniezione scatenante, fatta nel tempo dovuto, di dar luogo allo choc, nè può far sì che compaia lo stato anafilattico prima del settimo giorno.

Fatte queste premesse è facile interpretare le esperienze che seguono.

Sono stati sensibilizzati 21 conigli con tre iniezioni di siero di cavallo fatte per vie diverse con intervallo di 2 o 3 giorni. Ventun giorni dopo l'ultima iniezione tutti i conigli hanno avuto lo choc anafilattico in seguito a somministrazione endovenosa di 2 cmc. di siero di cavallo.

Gli stessi conigli hanno ricevuto, a intervalli vari di tempo, una seconda iniezione endovenosa di siero di cavallo; ed è risultato che se la seconda iniezione è stata praticata dopo più di 48 ore dalla prima, in 11 casi su 13, si è avuto un secondo choc anafilattico; mentre praticata prima di 48 ore, 7 volte su 8, i conigli non hanno avuto alcuna modificazione della pressione arteriosa.

« Si può dunque concludere che i conigli sensibilizzati che, in seguito a una iniezione scatenante, hanno avuto uno choc anafilattico, non sono desensibilizzati. Essi sono protetti solo molto temporaneamente (durante 48 ore circa) di fronte a un secondo choc anafilattico. A partire dal terzo giorno dopo l'iniezione scatenante, i conigli possono avere un nuovo choc anafilattico ».

In base a quanto si è detto sulla comparsa dello stato anafilattico solo dopo 7 giorni dalla iniezione sensibilizzante, e sulla assenza da parte delle iniezioni intercorrenti di una azione che tenderebbe a far comparire in anticipo lo stato anafilattico, non si può ammettere che, nel coniglio, la iniezione scatenante possa risensibilizzare l'animale.

I conigli sono dunque messi dal primo choc in uno stato refrattario temporaneo.

Se la dose di siero della iniezione scatenante è debole (inferiore a 0,66/20 cmc.) i conigli non solo non hanno lo choc anafilattico, ma una seconda iniezione endovenosa di 2 cmc. di siero, praticata da 14 a 22 minuti dopo, dà luogo allo choc.

Cosicchè la prima iniezione scatenante è stata insufficiente tanto a dare lo choc quanto a proteggere.

Solo un coniglio, che con 0,4/20 cmc. non ha avuto choc alla prima iniezione, è rimasto tuttavia protetto contro la seconda iniezione.

I conigli trattati con 8/20 cmc. 12,33/20 cmc. hanno avuto lo choc alla prima iniezione, e son rimasti protetti contro la seconda.

Si noti che la protezione ottenuta colle piccole dosi, ma sufficienti, è di durata inferiore a quella ottenuta colle forti dosi. Mentre 2 cmc. valgono a proteggere per 48 ore circa, con le dosi minime, già entro il 30° e 60° minuto dalla iniezione scatenante, lo stato refrattario compare molto rapidamente, dal 14° minuto e forse, anche prima.

Anche le iniezioni sottocutanee, analogamente a quelle endovenose, hanno azione protettrice e non desensibilizzante.

Infatti una iniezione endovenosa di 2 cmc. fatta il giorno dopo una serie di iniezioni quotidiane per via sottocutanea, o dopo una iniezione sola, in conigli sensibilizzati col solito metodo, rimane per lo più senza effetto. Però se lo spazio di tempo tra l'ultima iniezione sottocutanea e la iniezione endovenosa è maggiore di 48 ore, allora si ha lo choc.

Se, invece delle forti dosi (2 cmc.), si iniettano per via sottocutanea delle piccole dosi (1/10 cmc.), il giorno dopo l'ultima iniezione gli animali, iniettati per via endovenosa con 2 cmc., hanno (4 su 5) lo choc.

Facendo le iniezioni per via intradermica alla dose di 2 cmc. negli animali già sensibilizzati, e provandoli il giorno dopo l'ultima iniezione, su 10 conigli 4 solamente non hanno avuto lo choc, mentre gli altri 6 lo hanno avuto.

La via intradermica sembra dunque proteggere meno che non le vie endovenosa e sottocutanea.

Le piccole dosi (1/10 cmc.), sono del tutto inefficaci. I. DI MARCO.

## TERAPIA.

### Terapia dell'amebiasi.

(B. FANTUS. *Journ. Am. Med. Associat.*, 9 giugno 1934).

Nell'amebiasi le amebe sono annidate nella parete intestinale ed in alcuni casi anche nel sangue: è quindi necessario usare un medicamento che le raggiunga per la via della corrente sanguigna: ciò si ottiene principalmente con l'iniezione di emetina.

Ma siccome le amebe si presentano anche libere nel tratto intestinale è necessario anche somministrare per os un amebicida: questo può essere il chiniofon o l'acetarson: questi

medicamenti venendo anche in parte riassorbiti dalla corrente sanguigna, forniscono un trattamento combinato che è sufficiente anche nei casi più gravi.

La cura deve essere continuata ad intervalli fino a quando le feci non si siano mostrate completamente libere da cisti, in modo da prevenire ogni ricaduta ed ogni possibile trasmissione ad altri.

Oltre alla cura specifica, la colite ulcerativa richiede una accurata dieta ed una opportuna medicazione orale, e, negli stati avanzati, del colon. Infine le condizioni generali dei pazienti devono essere migliorate, in quanto si tratta per lo più di malati denutriti, e la guarigione è molto aiutata dal miglioramento delle condizioni di nutrizione.

Nello specificare la cura è opportuno distinguere:

a) *casi gravi*:

1) *rimedi specifici*: nel primo periodo l'idroclorato di emetina è il più efficace: in genere dopo sette giorni di cura con dosi giornaliere di 6 ctgr. i sintomi acuti della dissenteria sono cessati: l'emetina però può causare diarrea che può essere confusa con quella della dissenteria: può essere anche responsabile di una neurite periferica e si sono avute persino morti da paralisi cardiaca per sopradosaggio di emetina: è quindi conveniente sospenderla al primo segno di debolezza.

Nel secondo periodo, l'emetina viene somministrata oltre alle seguenti sostanze: o chiniofone (yatren), o vioformio, o carbarsone (quest'ultimo alquanto tossico e quindi poco consigliabile).

Questo secondo periodo deve durare circa dieci giorni.

Nel terzo periodo, di tre mesi almeno, il paziente deve per un giorno di ciascuna settimana fare la cura completa (emetina e altre sostanze) in modo da prevenire ogni recidiva.

La guarigione è generalmente sicura quando le feci, esaminate per tre volte di seguito, diano referto negativo;

2) *riposo assoluto in letto* è necessario anche se i sintomi non sono molto gravi. Lenzuolo di gomma sotto il paziente. Attenzione alla pelle onde prevenire i decubiti;

3) *la dieta* per le prime 24 ore deve consistere di sola acqua: in seguito possono essere dati alimenti liquidi, acqua di riso, the e brodo.

Lo zucchero deve essere evitato ed in sua vece data saccarina. Più tardi si può dare uova, cioccolato e carne tritata con un graduale ritorno ad una dieta ricca in vitamine. Le frutta sono proibite fino alla guarigione, eccettuato il succo di arancio e di limone.

4) *L'evacuazione intestinale* deve essere assicurata all'inizio e per i primi due o tre giorni mediante olio di ricino o un purgante salino: lo stesso si deve fare durante la convalescenza per prevenlre l'irritazione delle ulceri da parte delle feci indurite.

5) Indicati nel secondo periodo i medicamenti assorbenti quali il sottonitrato di bismuto o il caolino anche per clistere.

6) *Come sedativi* sono convenienti l'atropina e l'adrenalina per le coliche: qualora questi non abbiano effetto si può ricorrere agli oppiacei. Contro il tenesmo dovuto alle ulcerazioni, può essere utile il clistere di jodoformio in olio di oliva, così:

jodoformio gr. 8;

olio di olivo puro gr. 90, tenuto in ghiaccio se ne inietta nel colon ogni 4 ore in quantità di un cucchiaio da tavola.

7) Come trattamento sintomatico del collasso si può usare la fleboclisi glucosata o soluzione fisiologica. Durante la convalescenza bisogna curare l'anemia.

b) *Casi lievi*: riposo in letto, dieta speciale e lassativi possono evitarsi ed attenersi alla semplice cura con emetina e le altre sostanze.

c) *Casi in cui vi è ascesso epatico*: l'iniezione di emetina nello stadio presuppurativo può evitare la necessità dell'operazione ed in ogni modo deve essere tentata prima di qualsiasi intervento. Nei casi avanzati l'incisione e il drenaggio dell'ascesso sono indispensabili.

G. LA CAVA.

## La terapia della congiuntivite.

(S. R. GIFFORD. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 7 luglio 1934).

L'applicazione di antisettici sulle congiuntive infiammate, sebbene la congiuntivite sia spesso di origine batterica, è meno efficace di quello che si crede comunemente, perchè spesso i germi hanno già invaso uno strato troppo profondo perchè un antisettico vi possa giungere.

La disinfezione efficace si ha solo al momento in cui i germi giungono dall'esterno (così si fa la profilassi della congiuntivite gonococcica). Ma anche agenti chimici possono provocare la congiuntivite.

Nelle scottature congiuntivali da alcali si fanno lavaggi con soluzione diluitissima di acido acetico, mentre in quelle da acidi si usa una soluzione al 5 % di bicarbonato.

*Congiuntivite catarrale acuta.* — La profilassi si fa coll'escludere dalla scuola i bambini che hanno secrezione congiuntivale e col continuare la cura anche dopo una settimana dalla cessazione della secrezione.

La cura, che deve cercare di abbreviare la durata della malattia (che va da 6 a 8 giorni), consiste nel lavaggio con soluzione fisiologica. Se la causa è il pneumococco (si riconosce sullo striscio colorato della secrezione) si usa due volte al giorno una soluzione preparata di fresco all'uno per cento di optochina con soluzione anestetica (bustina al 0,50 % oppure pantocaina al 0,25 %) da usarsi prima dell'optochina. Nei casi non dovuti a pneumococco si adoperano altri antisettici: metafene 1:2500, ossicianuro di mercurio 1:5000, idroclorato di acriflavina 1:1500.

L'argirolo non ha potere battericida ma agisce sintomaticamente; però il lungo uso dà argirismo locale.

Nei casi gravi soluzione al 2 % di nitrato di argento preceduta da un anestetico e seguìta da lavaggio con soluzione fisiologica. In alcuni casi è utile nello stesso modo il cloruro di zinco al 2 %.

Le applicazioni calde unite a queste cure sono utili.

*Congiuntivite gonococcica.* — La legge americana impone la profilassi con nitrato d'argento all'uno per cento.

Iniziata la malattia, si deve fare uno striscio. Se non ci sono germi, raschiando la mucosa con una spatola si riesce a mettere in evidenza germi che ancora non si trovano nella secrezione. Se anche così non si trovano germi ci si limiterà ai lavaggi frequenti. Una volta accertata la diagnosi si isola il malato e lo si assiste continuamente, giorno e notte.

Si faranno frequentissimi lavaggi della congiuntiva con soluzione fisiologica e con permanganato di potassio 1:15000. Si ungono gli orli delle palpebre perchè non aderiscano negli intervalli fra un'irrigazione e l'altra. Tre volte al giorno, sempre dopo lavaggio, si applicherà un antisettico (acriflavina o metafene). Il nitrato d'argento al 2 % si adopererà solo nei casi in cui i lavaggi non bastano a evitare che la congiuntiva si copra di secrezioni, e sempre dopo che è cessata la tumefazione. L'applicazione di nitrato d'argento dev'essere seguìta da soluzione fisiologica. A volte l'uso dei cristalli di solfato di rame è più efficace del nitrato d'argento.

La proteinoterapia evita le complicazioni, specialmente corneali, in molti casi. Si userà a questo scopo il latte bollito: 1-2 cc. ogni 3 giorni.

Quando la cornea è coinvolta si continuino i lavaggi, si tenga la pupilla dilatata con atropina; se non c'è ulcerazione si adoperi nitrato d'argento, che però non deve toccare la cornea, ma solo la congiuntiva.

Nella congiuntivite gonococcica degli adulti la cura è la stessa.

Nella *congiuntivite catarrale cronica*, la cui causa più frequente è il diplobacillo di Morax-Axel, si fanno istillazioni di solfato di zinco 0,25-0,40 % tre o quattro volte al giorno. Nei casi più gravi, cloruro di zinco al 2 % preceduto da soluzione anestetizzante. Per lo più con questa cura la guarigione si ha in 3-4 settimane.

Le forme croniche da pneumococco sono le più resistenti alla cura. Si adopera allora soluzione all'uno per cento di cloridrato di etilidrocupreina 3 volte al giorno. Utile è anche l'acriflavina e il nitrato d'argento.

A volte è utile spremere il sacco lacrimale usando una soluzione di adrenalina all'1 ‰.

In ogni caso di congiuntivite bisognerà anche abolire le cause aggravanti (esposizione a gas irritanti o altre sostanze chimiche dannose, blefariti, ecc.). R. LUSENA.

# DIVAGAZIONI

## Come morì Cavour.

Il *Times* nell'annunciare nel giugno 1861 la morte di Camillo Benso di Cavour faceva seguire il seguente commento: « Gli italiani sarebbero capaci di strangolare i medici di Cavour se questo potesse alleviare in qualche modo il dolore di tanta perdita. Ciò che hanno fatto i medici non fu che un assassinio ».

Purtroppo questa invettiva è giusta, ed i medici che curarono il grande statista nella sua ultima malattia possono essere assolti dalla storia solo in considerazione del fatto che essi si contennero in conformità di quanto allora la medicina corrente prescriveva.

Non fu fatta alcuna diagnosi, e la cura fu conseguenziale; si applicò con insistenza e abbondanza straziante il rimedio specifico per tutti i mali: il salasso. Più le condizioni del paziente peggioravano e più si cavava sangue.

E. Leonardi ha recentemente riportato nella *Tribuna* la cronaca dolorosa degli ultimi giorni di Cavour.

Il 29 maggio 1861 fu preso da un violento brivido, cui seguirono nella notte coliche intestinali e vomito.

Fu subito praticato un salasso; un altro il mattino seguente ed un altro nel pomeriggio dello stesso giorno. Tre salassi in ventiquattr'ore!

Seguì un forte attacco febbrile, ma dopo poche ore la temperatura ritornò normale.

Malgrado la prostrazione gravissima, il 31 maggio Cavour presenziò nel suo letto una conferenza politica che durò due ore. Nel pomeriggio si ebbe un nuovo brivido violento seguìto da febbre altissima. Il giorno seguente, il 1° giugno, furono praticati altri due salassi.

Il 2 giugno le condizioni dell'infermo erano già allarmanti: la mano e l'avambraccio sinistro erano freddi come il marmo. Nel tentativo di alzarsi dal letto si staccò il coagulo del salasso, e si ebbe emorragia abbondante fino all'arrivo del chirurgo. Seguì febbre violenta, delirio, respirazione superficiale, sete intensa, agitazione.

Il giorno seguente si praticò ancora un salasso. Ma dalla vena fluiva poco sangue e si stentò molto per ottenere circa 90 grammi di sangue.

Un primario, chiamato a consulto, consigliò la somministrazione di una soluzione di solfato di chinino. Per quanto l'infermo pregasse che il medicamento gli fosse dato in forma pillolare, i medici ordinarono che fosse somministrato in soluzione. E Cavour con molta ripugnanza la bevve: ma tante volte la prese, tante volte la vomitò.

Ritornò febbre alta, con delirio violento. Si applicarono compresse gelate alla testa, ventose alla nuca, senapismi e vescicanti alle gambe. Le condizioni del paziente peggiorarono sempre.

Il 6 giugno alle sette del mattino il più abile artefice dell'unità italiana, all'età di 51 anni, chiudeva la sua preziosa esistenza.

Questa storia clinica, sia pur monca per quel che riguarda i rilievi all'esame obiettivo, è più che sufficiente a far pensare che se nel 1861 le conoscenze mediche fossero state quali sono attualmente si poteva avere ragione della malattia che stroncò la vita del grande nella pienezza delle sue forze, nel rigoglio florido delle sue energie fisiche e intellettuali.

Non è dubbio che i medici concorsero a rendere letale la malattia, perchè non fecero la diagnosi del male e si abbandonarono con soverchio entusiasmo ad un metodo di cura in quel caso assolutamente deleterio.

Si era allora così disorientati in fatto di diagnostica che ebbe facile credito la voce che la malattia di Cavour fosse stata la conseguenza delle emozioni provate in occasione della lotta sostenuta con Garibaldi. Questi nella primavera del 1861 era tornato da Caprera con il proposito di muovere battaglia ed il 18 aprile si presentò in Parlamento con la camicia rossa ed il panciotto grigio proprio come se dovesse andare a combattere. Ed il duello fra i due titani si combattette ad armi corte.

Il tessitore ne uscì affranto e addolorato. Egli stesso ebbe a dire: « Per forti che si sia vi è sempre un lato debole: tutto ciò che potevo dire a me stesso me lo ero detto; ma malgrado ciò, il colpo è stato tanto più forte in quanto ho dovuto nascondere la ferita del mio animo ».

La passione politica può spiegare sì fatta interpretazione, che però non regge alla critica scientifica. È puerile pensare che un'emozione, ed in un uomo della tempra morale e della costituzione fisica di Cavour, possa avere scatenata una malattia a carattere tipicamente infettiva quale è quella che condusse a morte il diplomatico sottile, lo statista energico che aveva superate difficoltà ben più aspre e vinto battaglie ben più violente e importanti.

Del resto altre leggende si diffusero intorno alla morte di Cavour: si parlò perfino di veleno.

Oggi si può più serenamente giudicare, e pur dando il meritato valore al concorso che i medici dettero per rendere letale la malattia, si può escludere che questa sia stata provocata da influenze morali o da azioni criminose.

Si trattò senza dubbio di un'infezione. I dolori addominali, i vomiti, il tipo della febbre farebbero pensare ad un processo infettivo delle vie biliari o appendicolare. La stessa fulmineità della malattia, la rapidità con cui si verificò il decesso farebbero propendere per tale supposizione.

Ma altrettanto verosimile è l'ipotesi che si sia trattato di malaria e precisamente di una perniciosa. I quattro accessi febbrili che si verificarono nel corso della breve malattia per i loro caratteri ed il loro periodo furono caratteristicamente palustri: brivido intenso, febbre altissima e di breve durata, con remittenza completa della temperatura, e scomparsa o attenuazione degli altri disturbi durante la fase apirettica.

Non è improbabile che la diagnosi di malaria fu intravista dal medico primario chiamato a consulto, il quale consigliò il chinino, che non potette esplicare alcuna azione perchè vomitato subito dopo l'ingestione.

D'altra parte le abitudini di Cavour spiegano come egli potette contrarre le infezioni. Soleva trascorrere le sue giornate di riposo a Leri, tra le risaie, in quei tempi località molto insalubri. Egli stesso descrive come trascorreva la sua vita in quei luoghi in una lettera ai parenti. « Vivo nelle stalle in mezzo a mucchi di letame e in altri luoghi il cui nome soltanto farebbe rabbrividire la mia aristocratica cugina Adele: je deviens terriblement peu *élégant*. Invece di avere una chiave di ciambellano sulla schiena e un abito di Corte ricamato, ho in mano un gran bastone e un cappellaccio di paglia sulla testa: coltivo i campi e metto il cervello a prato naturale ».

È quindi probabile che durante una di queste soste in campagna nella primavera del 1861 egli contrasse la malaria.

Così questa malattia può avere il triste vanto di avere abbattuto, dopo Dante e Raffaello, un altro colosso della genialità italiana. *argo.*

## NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

FERRUCCIO SCHUPFER. *Lezioni cliniche*. Vol. di pagg. 600. Ed. Minerva Medica. Torino, 1934. L. 50.

L'A., in una bella edizione di *Minerva Medica* pubblica ora un volume di 26 lezioni cliniche raccolte nel corso di molti anni di studio, di esperienze, di dedizione all'insegnamento.

Qui veramente « lo stile è l'uomo » perchè tutto è chiaro, preciso e lineare.

Il pregevole libro è infatti redatto in una forma che rispecchia le doti caratteristiche dell'illustre Clinico medico di Firenze: semplicità, nitidezza, praticità che mira dritto allo scopo, senza particolari non indispensabili, senza discussioni di punti non essenziali, senza divagazioni, ma il tutto con critica logica serrata, con ragionamento e spirito clinico classico, materiato di profondità, coltura ed esperienza. In ogni lezione il caso e l'argomento sono sviscerati a fondo con rigorismo acuto, discussione critica e risultano veri contributi originali e personali alle questioni discusse.

Va sottolineato che in questo volume (come già in quello pure recente del sottoscritto) sono numerose, qui 11 su 26, le lezioni di neuro-patologia che è sempre stata ed è sempre parte integrante della clinica medica generale.

Le lezioni di neuropatologia dell'A. per le doti espositive già ricordate, l'interesse dell'argomento, la originalità e completezza della trattazione, sono altrettanto fondamentali e classiche di quelle dei massimi neurologi francesi.

Ricordo fra le più notevoli le lezioni dedicate ad illustrare casi di neoplasia e di gomma cerebrale, in cui viene sviscerata la questione della patogenesi delle manifestazioni epilettoidi da lesioni extrarolandiche; e quelle sulla encefalite epidemica in cui tutto il capitolo dall'eziologia ai postumi e loro meccanismo viene ripreso in esame e discusso.

Una delle prime lezioni è dedicata ad un caso di tubercolo solitario del cervelletto; essa costituisce forse l'esempio più eloquente della particolare competenza neurologica dell'A. e della particolare bellezza di queste lezioni poichè dalla discussione del caso l'A. risale, attraverso il ragionamento clinico, non solo alla diagnosi esatta, ma anche a nuove precisazioni nel campo della fisiopatologia cerebellare.

E come nel campo della patologia, così anche tutte le altre parti che riguardano argomenti di patologia medica e malattie di altri apparati e sistemi non sono di minore importanza e mostrano il perfetto equilibrio, lo stesso acume e profondità di dottrina, la stessa tendenza alla logica serrata e alla finalità pratica dell'insegnamento.

Ricordo le lezioni sul linfogranuloma e sull'endocardite maligna lenta nelle quali l'A. fa una completa revisione dell'argomento ed insiste con larghissima documentazione casistica tratta in gran parte dalla personale esperienza, sulle difficoltà diagnostiche e sugli errori che più frequentemente in questo campo possono essere commessi.

Notevole pure sotto ogni aspetto per la chiarezza, l'importanza dell'argomento ed il modo come è svolta, la lezione sopra un caso di mediastinite, e così via, non essendo qui possibile scendere a dettagli e a specifiche precisazioni.

In questo libro — nel quale egli ha profuso l'essenza migliore della sua lunga osservazione e meditazione e totale dedizione alla scienza ed al malato — la personalità clinica di F. Schupfer trova solida e precisa espressione.

Egli ha fatto così opera preziosa di scienza e di pratica per noi e per quelli che ci seguiranno, e documenta una volta di più la vitalità e il valore della scuola clinica italiana.

C. FRUGONI.

## CENNI BIBLIOGRAFICI

I. TROISIER et S. BOQUIEN. *La spirochétose meningée*. Vol. in 8°, di pagg. 188. Masson & C. Paris, 1934. Fr. 34.

La patogenesi delle spirochetosi comprende tutti i problemi interessanti le malattie virulente e le relazioni degli esseri viventi sulla terra: l'esistenza dei virus spirochetici in natura e la loro sopravvivenza fuori degli organismi superiori, la diversa virulenza quando passano da un essere adattato a loro ad un essere inadatto, la loro virulenza diretta o indiretta per passare dalla natura all'uomo, con o senza un essere intermediario.

I lavori clinici e sperimentali eseguiti sulla spirochetosi meningea dagli AA. di questo libro, in special modo dal Teissier fin dal 1916, hanno messo in luce il meningotropismo della spirocheta di Inada-Ido e la sua importanza patogenetica incontestata nel determinismo di alcune meningiti acute umane, determinismo che, fino ai loro lavori, era rimasto nell'ombra.

Questo libro riassume all'ora attuale l'insieme delle ricerche degli AA. in patologia umana ed in medicina sperimentale ed i lavori di coloro che hanno seguito la via da essi tracciata. A. POZZI.

M. BENVENUTI. *Sul meccanismo di azione della malarioterapia*. Un vol. in-8° di 310 pag. L. Pozzi. ed. Roma. Prezzo L. 30.

La scoperta della malarioterapia della paralisi progressiva è, indubbiamente una delle più importanti di questo secolo e tale da incidere a lettere d'oro fra i benefattori dell'umanità, il nome di Wagner-Jauregg. Ed ha veramente qualche cosa di maraviglioso il rifiorire di questi individui dalla mentalità disgregantesi e votati a certa morte, sotto l'azione della malaria.

Ma, se i risultati clinici sono ormai indiscutibili, tuttora oscuro è il meccanismo d'azione

e lo studio di tale problema si presenta quanto mai interessante, sia dal punto di vista della biologia generale, sia perchè si possono prevedere nuove applicazioni di metodi analoghi.

L'A., col sussidio di una ricca bibliografia, sottopone a critica serrata le varie opinioni emesse in proposito ed espone le numerose ricerche personali, sul quadro istopatologico, sulla sindrome umorale, sulle condizioni ematiche, ecc., tutte elaborate secondo un piano sistematico di studio. Risulta, in complesso, esclusa la sola azione della febbre, La malarioterapia agisce essenzialmente stimolando le reazioni di difesa dell'organismo del paralitico e, specialmente attaccando il tessuto reticolo-endoteliale.

Il libro è presentato da una lusinghiera prefazione dello stesso Wagner-Jauregg. *fil.*

Prof. ERMANNO MINGAZZINI. *Urologia Pratica.* Compendio ad uso dei medici. Casa Editrice Luigi Pozzi, Roma, 1934. Prezzo L. 40.

L' « Urologia Pratica » del Prof. Mingazzini che l'editore Pozzi ha lanciato di questi giorni in veste elegante, viene in buon punto perchè troppo pochi sono i libri sul genere in Italia. Essa viene con la prefazione di Roberto Alessandri, viatico sicuro perchè al libro non manchi il successo.

Scorrendo solamente l'indice, apparirà al lettore l'importanza dell'opera, non solo utile ma necessaria al medico ed allo specialista urologo ed ove l'A. ha saputo profondere l'esperienza acquistata nella branca che coltiva da anni con intelletto d'amore.

In questo libro vi è tutto ciò che tocca all'Urologia moderna, dallo strumentario alla tecnica del cateterismo, bene spesso male conosciuta, alla disinfezione degli strumenti, alla lubrificazione, all'anestesia, e infine a' medicinali d'uso corrente.

Un capitolo è dedicato all'esame sommario delle orine, esame che Guyon imponeva di conoscere a' suoi allievi.

Tutta la patologia dell'apparecchio urinario è trattata in breve ma chiara sintesi, con mano maestra.

Brevi cenni di anatomia e d'anatomia patologica precedono la descrizione delle differenti affezioni, che sono passate successivamente in rivista dall'uretra alla prostata, dalla vescica a' reni.

Un riassunto clinico di ciascun male illumina la diagnosi, mentre una larga parte bene importante è riservata alla cura.

L'Urologo vi troverà un capitolo sulla cistoscopia, ove bellissime figure a colori illustrano gli aspetti cistoscopici che più spesso s'incontrano. Infine gli ultimi progressi della radiologia applicata alla diagnosi ed alla terapia delle malattie urinarie vi sono esposti con tutti i dettagli desiderabili.

Nella 3ª parte del libro notevoli sono gli « *schemi di terapia* » mercè i quali il medico in ogni evenienza d'urgenza potrà trovare la linea di condotta da seguire.

L' « Urologia Pratica » è un lavoro che fa onore, si può ben dire, alla scuola chirurgica di Roma e ogni medico od urologo dovrà averla nella sua biblioteca.

Prof. CARMELO BRUNI.

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 26 maggio 1934.

Presidente: sen. prof. G. PASCALE.

**La cronassia nell'uomo. Ricerche elettrobiologiche ed elettrodiagnostiche sul suo valore teorico e pratico.**

ROMANO A. — L'O. presenta una sua nota preliminare sul problema della cronassia nell'uomo, ripromettendosi di presentare un più ampio saggio sullo studio del tempo nei fenomeni dell'eccitabilità elettrica al prossimo Congresso di elettrobiologia in Venezia. Ricorda gli studi sul tempo ed intensità, forza e tempo, di uno stimolo elettrico, iniziati in Italia da Carlo Matteucci, ed i propri personali tentativi compiuti in questo campo, prima dell'avvento della cronassia.

L'O. esamina la cronassia, ne accetta i risultati, specie in rapporto alla svalutazione delle vecchie leggi, che si basavano solamente sulle variazioni del potenziale elettrico e non anche sul tempo della eccitabilità sopra i punti motori. Trova la cronassia un metodo complesso e, per quanto scientificamente elegante e perfetto, per tanto in diagnostica poco pratico. Ed è perciò che l'O. propone un suo metodo, cioè quello non a corpo messo in circuito, ma stimolato direttamente sui punti motori muscolari dalla densità elettrica, ricavata dalle armature dei condensatori delle macchine statiche, mentre le armature interne, riunite a spinterometro, dànno la frequenza, che è tempo, per di più prestabilito a volontà dell'osservatore e non dei costruttori e controllabile al cronografo, ricavandone quei valori e quelle formule, che possono costruire la iperbole cronassica, che riunisce in un sol parametro la reobase e la cronassia, e può anche dare con il variare delle curve per la diversità dei valori la visione grafica, diagrammatica, per quanto indiretta, dell'eccitabilità.

L'O. annunzia questi studi utili anche per le conoscenze delle stimolazioni spontanee della elettricità organica sulle anastomosi nerveo-muscolari interne, assai poco note, stimolazioni a cui si connette la motilità degli organi interni.

QUAGLIERELLO G. — Ricorda che recenti ricerche di Rushton, confermando quelle più antiche di Keith Lusas, mostrano l'esistenza di due sostanze eccitabili nel muscolo. Anche Lapicque ha riconosciuto l'esattezza di tale dimostrazione, dopo la quale l'isocronismo tra nervo e muscolo, sul quale si basa in gran parte il valore diagnostico della cronassia, diventa una questione molto discutibile.

JAPPELLI G. — Ricorda che, se il nome di cronassia è nuovo, il concetto è vecchio, perchè della influenza della durata dello stimolo molti si sono occupati. Rifà la storia della scoperta, citando i lavori di Du Bois-Reymond, di Fick, di Brücke,

fino al più recente di Weiss, e si compiace ricordare che in Napoli Giuseppe Albini, nelle sue lezioni, non dimenticò mai di porre in rilievo l'importanza del fattore « durata » accanto a quello « intensità ».

PALMIERI V. M. — *Raro caso di simulazione di investimento ferroviario per occultare un omicidio.*

## Associazione Napoletana dei Medici e Naturalisti.

Seduta del 16 aprile 1934.

Presidente: prof. DIAMARE.

IOVINO F. — *Pancreasectomia parziale ed esclusione, splenectomia consecutiva senza diabete (Ricerche sperimentali nel cane).*

**A proposito di un fibroadenoma in mammella maschile sorto su ginecomasta. Osservazioni critiche.**

NACCIARONE A. — L'O. fa lo studio critico, clinico ed istologico del caso, dopo aver descritto due forme distinte di connettivo nella mammella, e stabilita una netta differenza tra seno gigante e ginecomastia ad invasione inizialmente totalitaria della glandola con caratteri clinici di malignità e dimostra che questo blastoma si è originato ed organizzato con architettura speciale, per induzione blastica dell'epitelio neoformato.

Da ultimo dice che la cachessia riscontrata sia nel seno gigante che in alcuni fibromi e fibroadenomi debba mettersi a carico di aberrazione degli increti della parte endocrina della glandola mammaria.

**Rottura spontanea a termine di gravidanza di utero precedentemente cesarizzato.**

ENEA D. — L'O. riferisce su di una donna di a. 25, secondipara, operata tre anni avanti di parto cesareo per placenta previa e guarita per prima. Nella prima decade del nono mese di gestazione rottura spontanea dell'utero nella sua parete anteriore, che interessava in tutta la sua estensione il taglio precedentemente praticato, passaggio dell'uovo intero, compresa la placenta, in cavità addominale, emorragia interna nella fase del distacco placentare, cessata spontaneamente per la completa retrazione dell'utero. Isterectomia, guarigione per prima.

Con la osservazione macroscopica e microscopica del reperto si constata che la riparazione della breccia uterina del primo taglio cesareo si era fatta esclusivamente a spese della sierosa notevolmente ispessita. Sulle due superficie muscolari contrapposte si nota uno straterello superficiale formato da un prodotto organico infiltrato di sali calcarei e al disotto uno strato di neoformazione connettivile.

## Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 9 giugno 1934.

Presidente: prof. O. UFFREDUZZI.

**Nuovo contributo alla conoscenza della patogenesi del morbo di Bürger.**

Prof. S. ROLANDO (Genova). — L'O. riassume le caratteristiche di questa malattia ritenuta dipendente da una tromboangioite obliterante e che prima di portare alla cangrena di una estremità dei giovani, provoca parestesie, dolori, claudicazione intermittente, fatti di asfissia locale; l'inizio avviene per lo più dalle dita di un piede e si estende all'altro piede, il decorso è fatalmente progressivo.

In reperti di autopsia si rileva sempre: 1) cuore bovino, ipertrofia del ventricolo sin.; callosità del miocardio, lesioni valvolari, stenosi delle coronarie, qualche volta nettamente ateromatose.

Nell'aorta si trovano trombi parietali, ispessimenti dell'intima, e nelle arterie periferiche vi è impicciolimento, obliterazione e trombosi.

L'O. brevemente tratta della teoria di Oppel e dei risultati dei trattamenti della asportazione della capsula surrenale; ai risultati già noti, porta il contributo di due casi, osservati in due giovanotti l'uno di 29 anni, l'altro di 22, entrambi stati sottoposti inutilmente alla asportazione della capsula surrenale di sin., ed in un secondo tempo operati di amputazione della coscia il primo e di amputazione dell'alluce e della parte distale del metatarso il secondo.

L'O. in seguito allo studio di queste due osservazioni inedite e di una terza resa nota da De Blasi e studiata all'Istituto di An. Pat. di Berlino, avrebbe trovato un diverso comportamento delle arterie centrali a tipo elastico e di quelle periferiche a tipo muscolare o propulsivo. Secondo l'O. gli individui affetti da morbo di Bürger, presentano una ipoplasia generale o segmentaria del sistema arterioso, quindi i tessuti sarebbero irrorati insufficientemente; per un lungo periodo di tempo vi sarebbero adattamenti, ma per cause sopraggiunte (trauma, intossicazione, tabagismo), si stabiliscono delle trombosi, dei piccoli infarti periferici; successivamente il lavoro del cuore aumenta, il cuore si ipertrofizza.

Notevole è nelle piccole arterie l'ipertrofia della media; l'epitelio cade in necrobiosi, si formano dei trombi parietali, in seguito totali, che occludono il vaso. Si nota sempre una sproporzione fra le obliterazioni delle arterie e la scarsa estensione dei fatti gangrenosi.

L'O. da ultimo rileva l'inutilità di tutte le cure che si sono adottate, sia mediche che chirurgiche.

Discussione: VANZETTI, DEBERNARDI, COLONNA, UFFREDUZZI.

Dott. CANAVERO G. — *Si di un caso di ernia otturatoria strozzata.*

**Ricerche sperimentali sulle fratture sottocapitali del collo del femore con particolare riguardo alla possibilità di riprodurre quadri osteoartritici.**

Dott. VECCHI G. — L'O. ricorda le varie cause che sono state portate dagli AA. per spiegare la scarsa tendenza alla guarigione ossea delle fratture del collo del femore e che sono le seguenti: 1) la necrosi della testa e dell'estremità del collo femorale, in dipendenza dello strappamento del rivestimento capsulare; 2) la mancanza di periostio nella parte intracapsulare del collo del femore e di proprietà osteogenetiche nel rivestimento capsulare stesso; 3) l'azione chimica di sostanze contenute nella sinovia. Oltre a queste cause si deve tener conto dello scartamento dei frammenti, della qualità del tessuto osseo (fatti di osteoporosi nella età avanzata) e l'interposizione di rivestimento capsulare tra i frammenti.

L'O. riferisce i risultati delle sue numerose ricerche praticate su ratti ed in cui il periodo di osservazione va da un periodo di 7 giorni a quello di 17 mesi. Ha notato che la necrosi non è la conseguenza necessaria della interruzione completa

delle sue connessioni con la capsula e con il legamento rotondo. L'eventuale guarigione avviene soltanto per l'attività del moncone periferico, spesso in parte necrotico, non può quindi che essere molto ritardata; non ha mai notato che la necrosi della testa impedisca la guarigione della frattura.

La testa femorale è soggetta a fatti di riassorbimento che non interessano la cartilagine articolare e parte dell'osso subcondrale; infine negli stadi molto avanzati, in causa della alterata funzionalità articolare, si notano fatti distruttivi e proliferativi che riproducono il quadro della osteocondrite deformante. *Il Segretario*: VILLATA.

## Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 22 giugno 1934.

### Sulla patogenesi del tremore parkinsoniano.

Dott. VISENTINI F. — Discussa la teoria del De Jong sulla interpretazione dei fenomeni ritmici nel sistema nervoso e sulla unificazione patogenetica delle varie forme di tremore, l'O. espone una ipotesi che interpreta per mezzo di un meccanismo periferico la patogenesi del tremore e della rigidità nei parkinsoniani. Le ricerche cronasimetriche dimostrano in questi a. la presenza di fibre muscolari alterate, le quali si devono contrarre a intervalli più lunghi delle altre che partecipano alla funzione tonica, perchè necessitano di una sommazione di stimoli. Le scosse cloniche che si ottengono in questo modo sono quelle che provocano il tremore. Il ritmo è mantenuto da un riflesso propriocettivo.

## Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta dell'8 giugno 1934.

Presidente: prof. A. PENSA.

### Portata cardiaca e gettata pulsatoria negli anemici.

G. PELLEGRINI. — Si sono praticate con il metodo di Grolmann all'acetilene determinazioni della portata cardiaca e della gittata pulsatoria in soggetti affetti da forme anemizzanti prima e dopo trasfusione di sangue. Sono pure state praticate contemporaneamente determinazioni del tasso emoglobinico ed è stata calcolata la capacità del sangue in ossigeno.

Inizialmente i valori della portata e della gittata pulsatoria sono costantemente aumentati e lo sono in misura tanto più considerevole quanto più è ridotto il tasso emoglobinico e conseguentemente deficiente la capacità del sangue di fissare ossigeno.

Dopo la trasfusione, se aumenta l'emoglobina, si verifica una diminuzione della portata cardiaca e della gittata pulsatoria e questa è tanto più considerevole quanto è più considerevole l'aumento dell'emoglobina e del potere del sangue di fissare ossigeno. A distanza di tempo considerevole la portata e la gittata presentano ulteriori diminuzioni o ulteriori riduzioni secondo che il tasso dell'emoglobina presenta ulteriori aumenti o ulteriori diminuzioni.

### Su alcune cause di errore nella determinazione della massa di sangue con i metodi colorimetrici.

G. FERRARI e U. BORGHETTI. — Gli OO., esaminate le principali cause di errore nella determinazione della massa di sangue circolante, con il metodo colorimetrico, espongono il risultato di ricerche personali in proposito, riguardanti il cosidetto « fenomeno paradosso del rosso congo », il tipo di anticoagulante da preferirsi e una possibilità di errore se il calore viene aggiunto al sangue in toto o al solo plasma derivato dalla stessa quantità di sangue.

### Cisti da echinococco primitiva del polmone.

G. CAROZZI. — L'O. riferisce due casi di cisti da echinococco primitiva del polmone. Il primo caso interessante perchè di diagnosi difficile per concomitante versamento pleurico saccato, e venuto a guarigione in seguito ad intervento chirurgico. Il secondo caso invece venuto a guarigione spontanea per svuotamento della cisti attraverso un bronco, e che ha avuto come complicazione un pneumotorace spontaneo.

*Il Segretario*: INTROZZI.

## Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta scientifica del 4 maggio 1934.

Presidente: prof. M. PINCHERLE.

### Risultati dell'allungamento operativo del femore.

V. PUTTI. — Esposti i princìpi del metodo, l'O. illustra la tecnica operativa, con una proiezione cinematografica, e presenta quattro operati che ottennero un allungamento risp. di cm. 4,1, cm. 4,6, cm. 6,3, cm. 7,9 dopo un periodo di tempo trascorso dall'intervento, che va da un massimo di 2 anni e 4 mesi a un minimo di dodici mesi. In tre casi trattavasi di lussazioni congenite inveterate previamente operate di biforcazione alla Lorenz, in uno di tubercolosi dell'anca guarita in anchilosi.

### Nuovi orizzonti in colecistografia.

S. ZANETTI. — Descrive i risultati della colecistografia rapida che l'O. esegue con iniezione di adrenalina. In certi casi la prova così condotta svela alterazioni lievi che non si apprezzano con gli altri procedimenti in uso.

Discussione: proff. G. LASCHI, F. SCHIASSI.

### Eunucoidismo femminile.

G. PELÀ. — Dopo riassunte le nozioni odierne sull'argomento espone la storia clinica e il reperto anatomico del caso personalmente osservato, che riguarda una donna di 36 a. frigida, che mai ebbe le mestruazioni, nè contatti sessuali. L'O. ritiene che il caso rappresenti un documento sicuro della esistenza di un eunucoidismo femminile.

Discussione: prof. M. PINCHERLE.

### Statitica delle fratture curate all'Istituto Ortop. Rizzoli nel 1932-33 (II Rendiconto).

O. SCAGLIETTI. — La casistica riguarda complessivamente 458 traumatizzati, dei quali 431 affetti da fratture. In ordine di frequenza occupano i primi posti le fratture diafisarie della gamba (64 casi), del polso (64 casi), dell'estremo prossimale del femore (41 casi), della clavicola (36 casi) e diafisaria del femore (35 casi) e dell'antibraccio (32 casi). Si ebbero 7 casi di morte di cui 6 per fratture multiple e concomitanti lesioni viscerali.

Discussione: prof. V. PUTTI.

*Il Segretario*: prof. P. BENEDETTI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

**La dispnea serotina dei cardiaci con insufficienza.**

G. Harrison, A. Calhoux, J. Marsh e T. Harrison (*Archives internal med.*, maggio 1934) distinguono tre tipi di dispnea notturna. Uno di questi è la forma serotina, in cui il paziente è più o meno libero da dispnea al mattino, quando si alza, mentre mano mano si avanza nella giornata, si manifesta gradatamente un malessere, che va crescendo fino a raggiungere il massimo alla sera, impedendogli di andare a dormire. Alla fine, con o senza uso di calmanti, il sonno viene ed al mattino, il paziente si sveglia con poco o punto disturbo respiratorio, il quale ripete, però nella giornata, lo stesso ciclo. Si deve porre in rilievo che tale dispnea non ha il tipo parossistico, ma si stabilisce gradatamente.

Dallo studio degli AA. sulla patogenesi di tale dispnea risulta che le fibre polmonari afferenti del vago sono sensibilissime alla congestione polmonare. Un minimo eccesso di sangue nel letto vascolare polmonare provoca uno stimolo notevole del respiro.

La dispnea serotina dei cardiaci con insufficienza va probabilmente attribuita allo stimolo respiratorio riflesso ed alla diminuzione della capacità vitale per l'aumento della congestione polmonare preesistente. Il maggior grado di questa alla sera è probabilmente dovuto alla maggiore attività del corpo durante le ore della giornata. *fil.*

**I principî attivi della digitale.**

Lo studio delle sostanze attive della digitale ha portato ad isolare tre componenti principali: la digitossina (o digitalina cristallizzata), la gitossina e la gitalina, chimicamente appartenenti al gruppo dei glucosidi, in cui la presenza dello zucchero rende la sostanza solubile in acqua e ne facilita il trasporto nell'organismo e l'assorbimento; le parti senza zucchero (agluconi) sarebbero inattive anche per la loro difficile solubilità.

Molti preferiscono però somministrare l'infuso anzichè le singole sostanze attive isolate, sicchè gli studiosi si sono rivolti al problema di migliorare il sistema di estrazione dei glucosidi, in modo da ottenerli in tutta la loro integrità. Ciò è riuscito applicando i metodi di estrazione dei glucosidi della scilla, impedendo cioè l'azione enzimatica che può trasformarli.

Il problema si presentava più facile con una specie diversa dalla *Digitalis purpurea*, cioè con la *D. lanata*, che cresce spontaneamente in Ungheria ed è di coltivazione più facile e redditizia. A. Stoll e W. Kreis (*Münch. med. Wochens.* 1933, n. 19) poterono così isolare la digilanid, che è la miscela di 3 glucosidi (A, B, C) a cristallizzazione isomorfa, di cui studiano la composizione ed i prodotti di scissione.

Tali sostanze si differenziano chimicamente dai noti glucosidi digitalici per un contenuto più elevato di molecole di glucosio e per la presenza di un gruppo acetile. Esse costituiscono il vero principio attivo della *D. lanata*, che si trova anche nell'infuso delle foglie, a condizione che sia preparato a perfetta regola d'arte e con una droga ben conservata, condizioni non sempre facili a verificarsi, sicchè sembra più sicuro l'uso della sostanza attiva.

Lo studio farmacologico di tale sostanza è stato compiuto da E. Rothlin (*Ibidem*), che ne ha dimostrato il buon potere di assorbimento e l'alta specificità, dandole l'appellativo di un vero « infuso cristallizzato ». La tossicità del preparato è tale che 1 mg. corrisponde a 400 dosi-rana ed a 3 unità-gatto.

L'applicazione clinica è stata fatta da M. Hochrein e H. Lechleitner (*Ibidem*) su 60 pazienti con affezioni cardiache di varia origine, studiandone gli effetti sul polso, sulla pressione arteriosa e venosa, la capacità vitale, la diuresi, i fenomeni di stasi e l'elettrocardiogramma.

La sostanza (che si somministra in forma di gocce, di suppositori, di pastiglie) si è dimostrata molto attiva ed efficace, specialmente nei gravi stati di scompenso, in cui si sarebbe dovuto ricorrere all'azione combinata di un cardiocinetico (strofantina) e di un diuretico (salyrgan). La somministrazione della digilanid ha il vantaggio di essere unica, di effetto rapido e di non esigere l'introduzione endovenosa, non sempre bene accetta.

*fil.*

**L'acetilcolina nel trattamento dell'ictus emiplegico.**

Fr. Sciclounoff (*Presse Médicale*, 14 luglio 1934) riporta numerosi casi di rammollimenti cerebrali per trombosi, angiospasmo, ecc., escludendone quelli per emorragia od embolia, trattati con iniezioni di acetilcolina. Ha ottenuto (70 casi): 54 % di buoni risultati (guarigioni e notevoli miglioramenti), 24 % stati stazionarî e 22 % di morti. Nei casi di controllo senza acetilcolina (151 casi) ha invece avuto: 24 % di buoni risultati, 38 % stazionari, 38 % morti. Il trattamento con l'acetilcolina triplica le probabilità di guarigione e raddoppia quelle di importanti miglioramenti, diminuendo della metà i rischi di esito fatale.

Il trattamento va incominciato al più presto, con dosi basse (10-20 cg. *pro die*), che vanno continuate per una ventina di giorni e non devono cessare che quando si delinea il successo. In seguito, è utile sottoporre gli emiplegici guariti a cure preventive di 10 giorni al mese (10 cg. al giorno) per un trimestre.

Le iniezioni si fanno endomuscolari o sottocutanee; non hanno mai dato inconvenienti di sorta.

Tenuto conto che, secondo le moderne teorie, l'emorragia è affine ai rammollimenti, il trattamento potrebbe essere esteso anche ad essa e così pure anche agli embolismi.

*fil.*

**L'autoemoterapia nell'emorragia cerebrale.**

R. Colella e G. Pizzillo (*Rass. intern. di clin. e terap.*, 15 aprile 1934) consigliano l'autoemoterapia praticata con 25-30 cmc. di sangue che si iniettano nella regione glutea dal lato sano. Prima di pungere la vena per prelevare il sangue, è consigliabile di mettere nella siringa qualche cmc. di soluzione di citrato di sodio al 25 % allo scopo di prevenire la coagulazione.

Tale iniezione ha effetto emostatico ed agirebbe in tutti i casi, in emorragie di qualsiasi origine ed a qualsiasi età. Sono state osservate guarigioni anche in traumi cranici in cui i sintomi erano dovuti all'emorragia cerebrale.

L'autoemoterapia è utile prima, durante e dopo l'accesso. Può essere praticata, come profilattico, nell'ipertensione arteriosa con condizioni ereditarie; la vertigine, la debolezza muscolare degli arti ed il tremore sono spesso segno premonitori dell'attacco negli arteriosclerotici e si può pertanto prevenirlo mediante l'autoemoterapia.

Questa è anche utile per la diagnosi fra emorragia e rammollimento, essendo efficace nella prima e poco o punto nel secondo.

*fil.*

**L'utilità della fleboclisi di glucosio.**

B. Fantus (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 30 giugno 1934) richiama l'attenzione sulla grande utilità che possono presentare le iniezioni endovenose di glucosio in molti stati morbosi gravi e consiglia di praticarle abitualmente nei malati prima che si manifestino i segni di alta gravità, quando la somministrazione orale ne è impossibile o sconsigliabile.

La concentrazione varia secondo i casi, come pure secondo i casi, si scioglierà il destrosio nell'acqua distillata o nella soluzione fisiologica.

Nella ipoidratazione e per combattere la sete, è preferibile la soluzione al 5 % in acqua distillata, mentre se vi è deficienza di sale, si scioglierà in soluzione fisiologica.

Se non è possibile l'ingestione di quantità sufficiente di carboidrati, si usa la soluzione al 10 %.

Negli avvelenamenti con veleni diffusibili (sublimato, cloroformio, cincofene, fosforo) l'azione protettiva della soluzione di destrosio sul fegato può essere molto utile; la quantità non deve essere superiore ad un litro.

In alcuni casi (alcune emorragie interne, edema polmonare essudativo od infiammatorio, senza emorragia cerebrale, ipertensione endocranica e probabilmente anche la debolezza miocardica), la soluzione concentrata di glucosio (25 %) agisce come osmoterapia; se ne usano 250-500 cmc. iniettati lentamente in un'ora.

Con il destrosio, possono somministrarsi anche altri rimedî, come gli antisieri, l'adrenalina, l'insulina, calmanti, stimolanti. *fil.*

## NOTE DI DIETETICA.

**Qualche impiego dietetico della soia.**

H. Leclerc (*Presse Méd.*, 27 giugno 1934) rileva che la soja (soja hispida Moench) specie di fagiuolo originario della Cina e del Giappone è impiegata come alimento in questi paesi fin dalla più remota antichità. Essa possiede un forte quantitativo di proteine (36,5 %) e abbondanti grani, oltre a carboidrati e a grande quantità di vitamina A e B, tanto che il suo valore nutritivo è tra i più notevoli.

È inoltre interessante conoscere quali varî prodotti possono ottenersi da questo fortunato vegetale. La soja, opportunamente lavorata, può fornirci dell'ottimo formaggio, del pane, del latte: il pane di soja in particolare, dato il suo corso contenuto in carboidrati può essere una utile aggiunta nell'alimentazione dei diabetici, mentre il latte di soja è stato vantaggiosamente usato nei lattanti in casi di intolleranza per il latte di vacca.

La salsa di soja, ottenuta attraverso una lunga e complicata lavorazione, rammenta assai da vicino per il suo sapore e per il suo valore nutritivo un buon estratto di carne: essa potrebbe rappresentare un ottimo alibi gastronomico per molti vegetariani per forza, che ancora rimpiangono le delizie del regime carneo ad essi proibito. PUDDU.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

**Un ormone cristallino ottenuto dalla corteccia surrenale.**

Nella sua classica memoria « Sugli effetti locali e costituzionali delle malattie delle capsule surrenali » pubblicata nel 1855, Addison notava come le cognizioni sulla fisiologia delle surrenali fossero praticamente nulle. Da allora ad oggi molti progressi sono stati fatti. In primo luogo è oramai accertato che l'ablazione o la distruzione delle surrenali per malattia porta a morte: sono quindi organi indispensabili alla vita. La midolla surrenale costituisce la più grande massa di tessuto cromofilo presente nei mammiferi. La scoperta della secrezione da parte di essa di un ormone, l'adrenalina, ha attirato l'attenzione degli studiosi principalmente sulla porzione midollare. Ma l'adrenalina, le cui funzioni sono ormai ben note, non può essere oltre considerata come l'ormone principale della surrenale, quello cioè che rende possibile la vita. Oggi si pensa più ad una funzione

separata della corteccia: questa non ha alcuna relazione embriologica con la midolla e la giustapposizione dei due tessuti non ha avuto, almeno sinora, una spiegazione adeguata.

Alcuni ricercatori americani hanno lavorato molto alla preparazione di potenti estratti di sostanza corticale. Alcuni di questi preparati hanno risposto bene nella terapia di sostituzione ed hanno già trovato applicazione nella pratica medica. Si è tentato anche di standardizzare gli estratti di corticale in rapporto al loro effetto sugli animali surrenalectomizzati.

Riguardo agli effetti del nuovo ormone le discussioni sono state vivaci e non si sono ancora placate: pare che tale azione per lo più si svolga nel campo del metabolismo sulla mobilizzazione dei carboidrati e sul livello glicemico, sul volume di sangue circolante e sul ricambio dell'acqua.

Un grande passo verso la soluzione del problema si è fatto con l'isolamento, in forma cristallina, dell'ormone corticale: tale scoperta si deve al Kendall e suoi collaboratori, della Mayo Clinic.

Kendall è quello stesso che ha isolato la tiroxina dalla ghiandola tiroide. La formula empirica del nuovo ormone trovato, che è più puro di quello precedentemente trovato da Crollmann è $C_{20}$ $H_{30}$ $O_5$, con un peso molecolare di 350. La completa identificazione chimica e l'eventuale sintesi di questo ormone corticale deve essere ancora compiuta.

(Dal *Journ. Am. Med. Ass.*, 9 giugno 1934).

G. LA CAVA.

# POSTA DEGLI ABBONATI

All'abb. N. 1877:

Non è probabile che due casi di tifoide presentatisi in una famiglia di sette persone *a distanza di un anno, uno dall'altro*, siano dovuti a portatori sani o malati della stessa famiglia. Entrambi possono aver contratta l'infezione nell'ambiente in cui vivono e dove probabilmente vi saranno stati altri casi di tifoide.

Il metodo più innocuo di vaccinazione è quello per via orale: la via parenterale può presentare qualche pericolo, va perciò applicata con cautela. *fil.*

# VARIA

### Demografia della Germania.

Lo « *Statistische Reichsamt* » ha pubblicato i primi dati statistici sul movimento della popolazione in Germania durante il 1933.

Presa in esame la popolazione totale, sono stati conclusi nell'anno 630.826 matrimonii, pari a 9,7 su 1.000 persone, contro 509.597, pari a 7,9 su 1.000, nell'anno precedente. Questo notevole aumento ha avuto inizio nel terzo trimestre in conseguenza delle facilitazioni di matrimonio concesse dalle nuove leggi e della diminuita disoccupazione; nel solo quarto trimestre del 1933 si è avuto un aumento di 65.782 matrimoni, pari al 42,5 % sullo stesso periodo dell'anno precedente.

Per quanto riguarda la natalità, la statistica mette in rilievo che occorre distinguere due periodi del tutto diversi: il primo semestre, nel quale si è riscontrata una ulteriore diminuzione nel numero delle nascite, di 21.539 rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente, ed il secondo semestre, nel quale è risultata evidente una lieve tendenza all'aumento. Tuttavia, e precisamente nel primo dei due periodi, si è avuta, nel numero totale annuo dei nati vivi, una ulteriore diminuzione da 975.220 nel 1932 a 956.915 nel 1933, con un tasso di natalità disceso da 59,2 nati vivi su 1.000 donne tra 15 e 45 anni di età nel 1932 a 58,8 nel 1933, ossia da 100,6 nati vivi su 1.000 donne coniugate nel 1932 a 98,6 nel 1933, di fronte a 280 su 1.000 all'inizio del secolo corrente.

Considerando la natalità del 1933, su 1.000 persone della popolazione totale, si è avuto un tasso di 14,7 nati vivi contro 15,1 nel 1932 e 26,9 nel 1913.

Per quanto riguarda la mortalità nel 1933, il numero totale di 730.802 decessi è risultato maggiore di 31.200 unità di fronte a quello dell'anno precedente, e il tasso di mortalità ha perciò subito un rialzo da 10,8 a 11,2 su 1.000 persone della popolazione totale (considerandosi le persone di età superiore a un anno: da 9,7 a 10,2 su 1.000 persone di tale età). Le cause di tale aumento vanno anzitutto attribuite alla breve ma deleteria epidemia influenzale verificatasi nei mesi di gennaio e febbraio. Nonostante ciò, la mortalità dei bambini di età inferiore a un anno è ulteriormente diminuita, discendendo ad un tasso di 7,6 decessi su 100 nati vivi, contro 7,9 nel 1932.

Confrontando il numero delle nascite con quello dei decessi, si è avuto nel 1933 un aumento della popolazione tedesca di sole 226.113 unità (3,5 su 1.000 della popolazione media), contro 278.590 (4,3 su 1.000) nel 1932.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

E. COELHO und I. ROCHETA. *Zur Frage der Pathogenese des Akuten Lungenödems.* — J. Springer, Berlino. 1934.

I. NOEL VON SONNLEITHNER. *Novo micromethodo de dosagem de urea no sangue por hydrolyse thermica.* — S. Paolo, 1933.

G. DOMENICHINI. *Appunti su l'Assicurazione malattie professionali.* — Tip. « Immacolata Concezione », Modena, 1934.

O. F. F. NICOLA. *Cinematica quimica de las reaciones enzimaticas.* — Tip. Alterocca, Terni, 1934.

O. F. F. NICOLA. *Consideraciones fisico-quimicas sobre la transformacion fotoquimica del Ergosterol en vitamina D.* — Imprenta Mercatali, Buenos Aires, 1934.

# POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

## Obbligo ed omissione di referto.

La Corte di Cassazione, 1ª sez. pen., con sentenza 20 aprile 1934 (ric. Tomellini) ha deciso un caso interessante per le circostanze del fatto e per le quistioni giuridiche che ne risultavano.

Un medico prestò assistenza ad un ferito e, avendolo dichiarato guaribile in tempo minore di giorni dieci « salvo complicazioni », non fece referto. Un altro sanitario previde, un giorno dopo, durata maggiore e ne riferì ai carabinieri.

Il Pretore condannò il primo a L. 200 di multa per omissione di referto.

La Corte di Cassazione ha annullato questa sentenza, dichiarando che il fatto non costituisce reato.

Premette la Corte « che la legge penale subordina il dovere giuridico della presentazione del referto al concorso di due condizioni positive: che il sanitario abbia prestato assistenza od opera professionale ad una persona, e che il caso sottoposto alla sua osservazione possa presentare i caratteri di un delitto, per il quale si debba procedere di ufficio.

« Per ragion di coordinamento col principio che la querela è condizione di punibilità del reato, quando trattasi di reati per i quali l'azione penale non può essere iniziata senza la querela dell'offeso, l'obbligo giuridico del referto viene meno, perchè non esiste l'interesse pubblico alla repressione del reato. Il legislatore, allorchè parla di possibilità di procedimento di ufficio, allude non già ad una eventualità certa e neppure probabile, ma ad una eventualità che può verificarsi e pertanto chiede al sanitario un giudizio preventivo sul caso esaminato, *non desunto da criteri soggettivi*, che potrebbero sfuggire al controllo e frustrare l'osservanza della legge, ma dall'esame obbiettivo del caso, imponendo l'obbligo del referto non solo quando il caso presenti ma anche quando esso possa presentare i caratteri di delitti procedibili di ufficio ».

La possibilità di una malattia superiore a dieci giorni deve essere desunta dai caratteri obbiettivi della lesione, cioè dall'entità delle alterazioni riscontrate, dalle condizioni del soggetto passivo, dalla valutazione delle conseguenze che ne possono derivare, secondo i suggerimenti della scienza e del controllo dell'esperienza di casi simili. Premessi questi criteri, la sentenza della Corte esamina il caso concreto.

« Il pretore desume che le lesioni potessero lasciar prevedere una guarigione oltre il decimo giorno: *a*) dal fatto che lo stesso dottor Tomellini aggiunse nel referto la clausola « s. c. » (salvo complicazioni); *b*) dal giudizio espresso dal dott. Muller che rilasciò, il giorno successivo a quello dell'osservazione del Tomellini, referto di guaribilità in giorni quindici; *c*) dalla guarigione ottenutasi, in definitivo, in giorni venti.

« Ora il criterio di valutazione del giudice di merito non è accettabile, sia perchè la formula salvo complicazioni è una formula di uso, determinata da riserve di sola prudenza, di fronte ad eventi di sorpresa che sfuggono alle normali previsioni, sia perchè il giudizio di altro sanitario, e quello conclusivo del perito, sono elementi apprezzabili, ma non sono elementi sicuri per controllare la veridicità di quello, che il primo sanitario assume di aver riscontrato, all'atto dell'osservazione. Posto che il giudice non contesta che le lesioni riscontrate sul ferito rispondessero per natura e caratteristiche a quelle descritte dal dott. Tomellini — ferita contusa al parietale, contusioni con ecchimosi alla fronte, contusione al dito pollice — e che il Tomellini, come è pacifico, riservavasi di riesaminare il giorno successivo per un migliore controllo, ciò che non potè avvenire perchè l'ammalato si recò da altro medico, il Muller, più vicino alla sua casa, devesi fondatamente ritenere che quelle lievi contusioni non dovessero, alle manifestazioni esteriori, apparire tali, da determinare una prognosi diversa da quella espressa, essendo irrilevante nel calcolo delle possibilità prevedibili il ritardato processo di assorbimento dello stravaso sanguigno, conseguenziale alla rottura dei capillari cutanei, essendo questo, nelle contusioni di lieve interesse, un evento che resta fuori della normalità dei casi. Se, con eccesso di prudenza, il sanitario che visita per la prima volta l'ammalato dovesse tener conto di tutte indistintamente le vicende ulteriori e di ogni complicanza della lesione, col sistema del codice vigente, che non attribuisce rilevanza giuridica alle concause, tutte le lesioni dovrebbero essere inizialmente denunziate, ed a nulla varrebbe la limitazione imposta dall'art. 365 cod. pen. che si tratti di delitto per il quale si debba procedere di ufficio.

« Si aggiunge, infine, che la disposizione in parola deve essere coordinata col precetto dell'art. 4 cod. proc. pen., che stabilisce che il referto deve dare tutte le notizie che servono a stabilire le circostanze, le cause del delitto, i mezzi con i quali fu commesso e gli effetti che ha cagionato o può cagionare. Effetto che può cagionare è ogni conseguenza che sia in rapporto diretto di dipendenza causale col fat-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

to della lesione e che possa essere disvelato al sanitario in base all'esame obbiettivo, senz'alcuna considerazione dell'influenza dei fatti occasionali od estrinseci, ancorchè non da escludere in via assoluta, essendo questa fuori il campo delle possibilità reali ed attuali ».

Le premesse e le conseguenze sono esatte.

Dispone l'art. 365 del codice penale:

« Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera *in casi* che *possano presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio*, omette o ritarda di riferirne all'autorità indicata nell'art. 361 è punito con la multa sino a lire cinquemila. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale ».

In rapporto ai delitti contro la persona, l'obbligo del referto è ora meno esteso di quello stabilito dal precedente codice. Ma è più esteso da altro punto di vista perchè comprende qualsiasi *delitto* per il quale si debba procedere d'ufficio, purchè, si intende, si verifichino le altre condizioni.

La omissione del referto era prima reato contravvenzionale; è ora delitto, essendo punita con la pena della multa. È necessario, quindi, il *dolo*, cioè la volontarietà della omissione quando risulti al sanitario che le condizioni obbiettive corrispondono a quelle previste dalla legge agli effetti del referto. Non è punibile la omissione colposa, dipendente per es. da negligenza o da imperizia. La buona fede esclude la responsabilità.

Il sanitario deve esaminare le *condizioni obbiettive*: egli accerta lo stato di fatto circostanziato, come a lui si presenta, ed esamina se obbiettivamente abbia i caratteri di un delitto, astenendosi da indagini che appartengono alla competenza degli ufficiali di polizia giudiziaria e da impressioni soggettive. Così è obbligato ad agire per accertare eventuali circostanze aggravanti, agli effetti della perseguibilità di ufficio, la quale è condizione del referto.

Quando si debba stabilire la durata della malattia, il sanitario fa una previsione, su base obbiettiva ma con processo logico che è anche subbiettivo.

La previsione può essere errata, in buona fede, sia pure per negligenza o imperizia: in tal caso, manca la condizione soggettiva e non c'è responsabilità.

Nel caso deciso dalla Corte di Cassazione, se non fosse stato escluso il delitto di omissione, per quel motivo, la responsabilità sarebbe stata negata per difetto di dolo, risultando la buona fede del sanitario ,il quale fece una previsione prudente e riservata e non potè poi controllare il corso della malattia, essendo intervenuto altro medico.

## Il Nuovo Testo Unico delle Leggi sanitarie.

La « Gazzetta ufficiale » del 9 agosto, n. 186, ha pubblicato il r. d. 27 luglio 1934, n. 1265, che approva il testo unico delle leggi sanitarie. Ne sono in commercio edizioni che corrispondono ad esigenze diverse.

L'Istituto Poligrafico dello Stato (Roma) ha pubblicato le norme del regio decreto e gli allegati, in supplemento ordinario della Gazzetta ufficiale: opuscolo di pagine 156; prezzo L. 4.

La Ditta Carlo Colombo ha curato una pubblicazione analoga, la quale però in parte differisce da quella, perchè alquanti articoli del decreto sono seguiti da brevi note: alcune sono desunte dalla relazione ministeriale; altre contengono semplici delucidazioni superficiali o indicazioni sintetiche di sentenze; non pochi articoli sono riportati, senza note. È una edizione curata tipograficamente. Le note, anonime e in gran parte sommarie, non possono essere considerate opera di vero e proprio commento.

Il volumetto contiene un indice generale, che riproduce quello del decreto, e un breve indice per materia; designa gli articoli del precedente t. u. e di altre leggi; consta di pagine 252. Prezzo L. 16.

Altre pubblicazioni del genere, cioè raccolte tipografiche con o senza brevi note, sono certamente in corso, essendo molteplici ed estese le esigenze degli studiosi e dei pratici che devono applicare e far osservare gli ordinamenti sanitari.

***

Frattanto l'editore Luigi Pozzi ha annunziato un commento, che è di imminente pubblicazione.

Ne sono autori l'on. Aristide Carapelle, consigliere di Stato, e il dottor Alfredo Iannitti-Piromallo, consigliere di Cassazione: l'uno e l'altro, giuristi particolarmente competenti e altamente stimati dagli studiosi. Riserviamo di esaminare questa opera. È sufficiente ora avvertire che gli autori si sono proposti scopi prevalentemente pratici, ma procedendo con metodo e rigore giuridico. Tutti gli articoli sono seguiti da ampio commento: note di riferimento, esame e risoluzione di dubbi e controversie, spiegazione delle singole disposizioni, anche per coordinamento dei vari istituti e in relazione ai precedenti legislativi e giurisprudenziali e ad altre norme in vigore.

Il volume è completato da indici accurati.

*g. s.*

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Cronaca del movimento professionale.

### Il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici.

Il Direttorio si è riunito in Roma il 21 luglio, sotto la presidenza del prof. Morelli.

Il prof. Morelli ha comunicato il piano finanziario già trasmesso alla Superiore Confederazione per la progettata costituzione del nuovo istituto *Casa di Riposo del Medico*, nonchè le pratiche in corso per ottenere dall'on. Ministero dei Lavori Pubblici la dichiarazione di pubblica utilità per l'esproprio dei terreni presso la piazza Forlanini in Roma, necessari per la costruzione della Casa di Riposo del Medico e suoi accessori. L'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale, con grande spirito di bontà, ha deciso di cedere a prezzo di costo la parte dei terreni di sua proprietà.

Il prof. Morelli ha informato il Direttorio che nella Riunione tenuta, il giorno precedente, dalla Commissione da lui presieduta per lo studio della *coordinazione delle tariffe* delle prestazioni medico-chirurgiche, sono stati intanto fissati i seguenti criteri: 1) La tariffa nazionale è unica e vale solo per il medico generico. Nessun medico con titoli speciali potrà fare visite a onorari inferiori; 2) La tariffa rappresenta l'onorario minimo compatibile col decoro professionale; 3) È facoltà del Sindacato Provinciale dei Medici di modificare tale tariffa entro la misura del 20 % — in più o in meno — a seconda della località e delle condizioni economiche locali; 4) In ottemperanza alle direttive del Regime la tariffa verrà ridotta del 15 % al capo di famiglia con 6 figli a carico.

Per quanto riguarda il gettito derivante dalla cessione al Sindacato Nazionale di metà provento dei certificati medici a pagamento, dalla esperienza finora fatta nelle Provincie ove già funziona il servizio dei certificati, si spera che il gettito possa raggiungere i tre milioni all'anno quando tutti i Sindacati Provinciali Medici avranno impiantato il detto servizio, ma certo non potrà essere inferiore a due milioni. Il Segretario Nazionale propone al Direttorio di devolverne l'introito a favore della istituenda fondazione di tre collegi di cui uno a Roma, uno a Napoli e l'altro nell'Italia Settentrionale per l'*istruzione secondaria superiore e universitaria dei figli di medici*.

L'esposizione è stata approvata all'unanimità, con una deliberazione e un ordine del giorno.

Si procedè poi alla proposta di nomina di due rappresentanti dei medici nella Sezione Professioni Sanitarie della Corporazione delle Professioni e delle Arti e di un rappresentante nella Corporazione dell'Ospitalità.

La seduta è riferita nei particolari e simpaticamente commentata su « Forze Sanitarie » (20 luglio 1934).

## CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Amministrazione Provinciale*. — Concorso, per titoli e per esami, al posto di assistente della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali di igiene e profilassi. Stipendio annuo di L. 10.000 aumentabile di cinque decimi quadriennali, oltre L. 1700 di supplemento di servizio attivo, nonchè l'indennità temporanea di caro-viveri e la compartecipazione agli utili della Sezione, in ragione del 10 %, il tutto previe le trattenute di Legge e le riduzioni di cui ai RR. Decreti-Legge del novembre 1930, n. 1491 e 14 aprile 1934, n. 561. Scadenza del concorso: ore diciassette del 1° ottobre 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

ASOLO. — (Vedere TREVISO).

BELLUNO. *R. Prefettura*. — Scad. 15 ott., ore 18; uffic. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Belluno; L. 13.700 aumentabili, oltre L. 3500 serv. att., c. v., compensi per prestazioni nell'interesse dei privati; titoli ed esami; tassa L. 50,10 al Tesoriere Comunale. Chiedere annunzio.

BERGAMO ALTA. *Opera Pia Azzanelli Cedrelli*. — A tutto 6 ott.; medico-chirurgo; L. 7000 oltre serv. att. L. 1940 (dopo il periodo di prova); tassa L. 50; età limite 35 a. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio dell'Opera Pia, via Solata 10.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). — Scad. 26 ott.; per Pozzuolo; L. 7000 oltre L. 1600 serv. att., c.-v., 5 sessenni dec., ecc.

CATANZARO. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Scad. 25 sett., ore 12; medico direttore della Colonia-Preventorio di Tropea; titoli; età limite 35 a.; L. 7800 non aumentabili, oltre L. 3000 serv. att. ed alloggio; libero eserc. — Scad. 12 nov. ore 12. Medici direttori di due Sezioni dispensariali; titoli ed esami; L. 6000 oltre L. 1500 serv. att.; età limite 45 a. — Chiedere annunzio.

FERRARA. *Comune*. — Scad. 10 sett.; condotta di Francolino; L. 9500 oltre assegno complementare variabile L. 3000 e cavallo o autoveicolo L. 2500, 5 quadrienni dec.; addizionale L. 3 sopra i 1000 poveri; voti nei corsi clinici; un anno di servizio in clinica, ospedale, condotta o quale uff. med.

FIUME. — Scad. 25 sett.; medico aiuto all'ufficiale san.; L. 13.700 oltre L. 3700 serv. att. Rivolgersi Municipio.

FOGGIA. *Comune*. — Scad. 30 sett.; due posti: dirigente la Sezione medico-scolastica e medico scolastico; stipendi L. 12.000 e L. 8000, 5 quadrienni dec., serv. att. L. 1500; età limite 35 a. Chiedere avviso. Serv. entro 15 giorni.

FOSSANO (*Cuneo*) (abitanti n. 21.846). *Ospedale Maggiore*. — È aperto, sino al 15 settembre 1934, il concorso, per titoli, a Primario Medico Direttore. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto. La Presidenza.

LA SPEZIA. *Comune*. — Scad. 31 ott.; medico del dispensario com. per la profilassi della sifilide e

delle malattie veneree; L. 7200 e 5 quinquenni dec.; età limite 45 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi Ufficio Comunale affari amministrativi (Personale).

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 sett., ore 17; assistenti effettivi: uno di medicina e uno di otorinolaringoiatria; L. 5000, guardie ecc.; tassa lire 50,10; età limite 33 a. Chiedere annunzio.

PESCIA (*Pistoia*). *R. Spedale dei SS. Cosimo e Damiano.* — A tutto il 15 sett., due assistenti: uno per il reparto medico e uno per quello chirurgico; L. 3000 annue decurtate del 12 % e ritenute di legge; vitto e alloggio in Ospedale; compartecipaz.; età limite 30 a. Serv. entro 15 gg. Chied. annunzio.

POGGIO BUSTONE (*Rieti*). — Scad. 9 sett., ore 20; L. 10.500 per 1000 pov., L. 400 uff. san., L. 2200 (ridotta solo 12 %) trasp.; età limite 25-45 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 26 lug.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Primario chirurgo nell'Ospedale Principale di Bengasi; stip. L 19.000, indenn. serv. att. L. 5200, indenn. coloniale pari a 3/4 dello stipendio; riduzione 12 %; età limite 45 a.; un decennio di esercizio professionale.

SALÒ (*Brescia*). *Ospedale Civile.* — A tutto il 25 sett., medico primario; L. 3344 già decurtate del 12 %. Chiedere annunzio.

SAN BIAGIO DI CALLALTA (*Treviso*). — Scad. 10 sett.; L. 8000 oltre L. 3500 trasp., c.-v.

TREVISO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso, per titoli, al posto di Aiuto Medico del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Treviso. Al posto è assegnato l'annuo stipendio di L. 8000 suscettibile di 5 aumenti quadriennali del decimo, e il supplemento di servizio attivo di annue L. 4000. Dette retribuzioni si intendono già ridotte ai sensi del R. D. L. 20-11-1930 n. 1491, però sono soggette alla riduzione disposta dal R. D. L. n. 561 del 14-4-1934 e alle altre ritenute di legge.

Presso lo stesso Consorzio Provinciale Antitubercolare di Treviso è aperto anche il concorso, per titoli, ai posti di Direttore delle Sezioni dispensariali di Vittorio Veneto e di Asolo. A detti posti è assegnato l'annuo stipendio di L. 5000 suscettibile di 5 aumenti quadriennali del decimo. Lo stipendio si intende già ridotto ai sensi del R. D. L. 20-11-1930 n. 1491. Esso però è soggetto alla riduzione di cui il R. D. L. del 14 aprile 1934, n. 561, nonchè alle altre trattenute di legge.

Le domande per tutti i posti di cui sopra, fatte in bollo da L. 3, accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le rispettive modalità si possono rilevare dai bandi di concorso del 25 luglio u. s., da richiedersi alla Segreteria del Consorzio, debbono pervenire alla Segreteria predetta in Treviso, non oltre le ore dodici del giorno 31 ottobre 1934 - XIII e. f.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — La scadenza del concorso ai posti di Direttore e di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, bandito con avviso 20 giugno 1934-XII, è prorogata, alle stesse condizioni, alle ore 17 del 17 settembre 1934-XII.

VITTORIO VENETO. — (Vedere TREVISO).

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Nella Clinica Medica di Bari sono disponibili varii posti di assistente volontario, il cui servizio è del tutto eguale a quello degli assistenti ordinari ed insieme con l'attività scientifica sarà opportunamente valutato per i posti di ordinario che si renderanno prossimamente liberi. Inviare domande e titoli alla direzione della Clinica entro il 30 settembre.

CONCORSI A PREMI.

*Premio Lustig.*

Concorso per titoli ed eventualmente per esami alla borsa di studio triennale della fondazione « A. Lustig » istituita presso la Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Firenze, a favore di un giovane laureato in medicina e chirurgia presso un'Università del Regno da non meno di un anno e da non più di quattro anni, che intenda compiere un intero anno di studi in un Istituto di patologia generale o di fisico-patologia sperimentale o di immunologia sia in Italia che all'Estero.

Rivolgersi alla Segreteria della R. Università di Firenze, Piazza S. Marco 2. Scadenza ore 24 del 20 maggio 1935.

Il premio unico e indivisibile, ammontante a L. 16.000, verrà conferito non oltre il 1° novembre 1935.

*Fondazione Universitaria « Igino Tansini ».*

Concorso per un assegno di L. 5500 fra giovani laureati in medicina ed in chirurgia che intendano perfezionarsi in chirurgia generale presso la R. Università di Pavia. Scad. 30 settembre.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con recente decreto il prof. Giovanni Perez, direttore dell'Istituto di Patologia chirurgica della R. Università di Roma, è nominato commissario al Sindacato Medico della provincia di Roma, in sostituzione del compianto sen. prof. Luigi Simonetta.

Siamo lieti che all'illustre studioso sia affidato tale posto onorifico e di responsabilità.

Il prof. Falco, di medicina legale all'Università di Napoli, è nominato direttore della Scuola di polizia scientifica di Roma, fondata e lungamente diretta dal compianto prof. Salvatore Ottolenghi.

Il prof. Carlo Zanelli, reggente la direzione sanitaria dell'Ospedale Sanatoriale di Caltanissetta, è nominato titolare di quello di Gorizia.

La Facoltà medica di Giessen aveva bandito un concorso per la cattedra di Clinica medica; sono risultati: « primo et aequo loco » E. Becher (Francoforte sul Meno) e Reinwein (Hannover); « secundo loco » Gänslen (Tubinga); « tertio loco » Kauffmann (Berlino).

Alla cattedra di medicina legale di Amsterdam è stato chiamato il prof. H. T. Deelman, prima a Groninga; a quella di Leida è stato nominato il dott. G. O. E. Lignac.

Il dott. Johannes Knauer, di Breslavia, è chiamato alla direzione della Clinica pediatrica di Bonn.

# NOTIZIE DIVERSE.

### 9° Congresso Nazionale di Igiene.

Il IX Congresso d'Igiene, promosso dall'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene, presieduta da S. E. De Blasi, si terrà a Bari nei giorni 19-23 settembre.

La data del Congresso, che prima era stata fissata pei giorni 30 settembre-4 ottobre, ha potuto essere anticipata, in modo da ricadere nel periodo della V Fiera del Levante, perchè la Presidenza della Fiera ha garantito anche in tale periodo la disponibilità degli alloggi per i congressisti.

Il Congresso tratterà importanti argomenti d'igiene sia nelle relazioni che nelle numerose comunicazioni. Sono annunziate le seguenti relazioni: « Sulla igiene delle abitazioni rurali » (prof. Luigi Veratti); « Sulla alimentazione delle popolazioni rurali » (prof. Gaetano Quagliariello); « L'approvvigionamento idrico dei centri rurali » (ing. Pietro Celentani Ungaro e dott. Gustavo Tanzarella); « Epurazione ed utilizzazione dei liquidi di rifiuto » (ing. prof. Girolamo Ippolito). Nella seduta inaugurale il prof. Giuseppe Sangiorgi pronunzierà un discorso su « Le opere igienico-sanitarie del Regime nelle Puglie ». La commemorazione del socio benemerito sen. prof. Luigi Simonetta sarà fatta nella prima seduta dal prof. Federigo Bocchetti.

Molte fra le comunicazioni parteciperanno al I Concorso della Fondazione Premi Sclavo, e di queste il testo integrale dovrà essere presentato alla presidenza dell'Associazione (via Luciano Armanni 3, Napoli) entro il 15 settembre, per esser messo a disposizione della Commissione giudicatrice.

Il programma dei lavori sarà integrato da interessanti visite alle principali istituzioni igienico-sanitarie della città di Bari, la quale apparirà nel periodo della Fiera, nel pieno fervore del suo rinnovamento in tutti i campi, e specialmente in quello igienico-edilizio, armonizzato al suo potente incremento demografico. Anche altri principali centri della regione pugliese saranno visitati dai congressisti, al termine del Congresso.

Alla preparazione del Congresso attende un Comitato ordinatore presieduto dal prof. Giuseppe Sangiorgi, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Bari. Le adesioni al Congresso, accompagnate dalla quota di iscrizione di L. 20, dovranno inviarsi al Tesoriere del Comitato Ordinatore, dott. Gaspare Bucceroni, Ragioniere Economo della R. Università di Bari, il quale fornirà anche ai congressisti informazioni in merito agli alloggi.

### 15° Congresso nazionale di pediatria.

La Società Italiana di Pediatria, presieduta dal prof. Allaria di Torino, indice il 15° congresso in Siena, dal 19 al 22 settembre. Temi: « Il sistema nervoso autonomo nell'infanzia », relatori Careddu di Padova, Guassardo di Genova e Trambusti di Parma; « La sepsi nel neonato e nel lattante », relatori Bocchini di Milano, Gerbasi di Palermo e Vaglio di Napoli; « Le indicazioni climato-terapeutiche per l'infanzia », relatori Bentivoglio di Roma, Foà di Torino e Magni di Napoli. Il Comitato ordinatore è presieduto dal prof. G. Salvioli di Siena; segretario generale ne è il dott. Silvano Quadri, R. Clinica Pediatrica, Siena.

### Giornate mediche di Bruxelles.

Avranno luogo in occasione e nel vasto quadro dell'Esposizione universale internazionale di Bruxelles, dal 29 giugno al 3 luglio 1935.

Costituiranno la 14ª sessione, prevista per il 1934 ma che venne rimandata a causa del grave lutto nazionale. Sarà destinata alla fisiopatologia delle glandole endocrine; i vari punti del programma saranno trattati da molti studiosi eminenti di tutti i Paesi; per l'Italia è designato il prof. Pende. La conferenza inaugurale sarà tenuta, alla presenza dei sovrani, dal prof. Loeper di Parigi.

A disposizione del Comitato per le giornate mediche il Commissariato generale dell'Esposizione ha messo uno spazio di 5000 mq., in cui saranno edificate due sale per conferenze e si terrà una Mostra internazionale di arti e di scienze applicate alla medicina e chirurgia, alla farmacia ed all'igiene sanitaria; verranno conferiti diplomi e medaglie. Gli espositori possono mettersi fin da ora in relazione con il direttore commerciale, René Lépine, rue d'Amsterdam 39, Paris VIIIe.

Sono previste brillanti feste in onore dei congressisti, che beneficieranno di condizioni favorevoli di soggiorno.

### Quinto centenario dell'Università di Catania.

La città di Catania si appresta a celebrare, dal 19 al 22 ottobre, il quinto centenario della fondazione del suo glorioso Ateneo.

Il bell'edificio vaccariniano si presenterà ai visitatori magnificamente restaurato. L'aula magna avrà aspetto sfarzoso. Degno di nota sarà pure il Museo storico dell'Università, i cui preziosi cimeli attesteranno la prospera vita dell'Università catanese. Il programma delle manifestazioni celebrative comprende anche l'inaugurazione del grandioso Castello Svevo, oggi monumento nazionale adibito a museo civico.

Sono già arrivate numerose adesioni di Università ed Accademie estere, molte delle quali hanno preannunziato l'invio dei loro rappresentanti.

La presenza Augusta di S. M. il Sovrano conferirà all'avvenimento la più grande solennità.

### Preventorio antitubercolare in provincia di Ancona.

L'amministrazione provinciale di Ancona sta attuando il suo programma massimo e, dopo la costruzione del grande dispensario antitubercolare che funziona da un anno e svolge il suo benefico lavoro, realizza ora il preventorio destinato ai fanciulli predisposti alla tubercolosi. Un edificio famoso — la « Villa Cannone », in territorio di Osimo, che la contessa Ida Gallo-Fregonara vedova del munifico conte Muzio ha donato all'Amministrazione provinciale — sarà convenientemente trasformato e adattato. Accettata la donazione della Villa e dell'annesso parco, in contrada S. Paterniano — rimanendo l'ente donatario obbligato ad adibirli a servizio dell'assistenza antitubercolare — l'Amministrazione provinciale ha affrontato anzitutto il problema della loro migliore utilizzazione, e ha riconosciuto preferibile la creazione di un moderno preventorio.

In rapporto a tale destinazione, è stato quindi studiato e concretato il progetto tecnico delle opere necessarie a trasformare e ad integrare gli

stabili esistenti, a crearvi attorno i nuovi edifici, a dotare l'istituendo preventorio di tutti gli impianti che debbono garantirne il pieno e normale funzionamento. La capacità delle fabbriche è stata commisurata alle esigenze funzionali di due distinte colonie, l'una permanente, di almeno cento bambini, e l'altra temporanea, per un massimo di altri centocinquanta ricoverandi.

Un acquedotto autonomo garantirà la necessaria fornitura idrica dello stabilimento.

L'ammontare complessivo delle opere e delle forniture si eleva a lire 1.985.000 di cui 1.158.427 rappresentano i lavori murari. L'Amministrazione Provinciale ha potuto ottenere a condizioni vantaggiose il finanziamento dall'Istituto S. Paolo di Torino.

**Servizio medico presso i Fasci Giovanili di Combattimento.**

In ottemperanza a recenti disposizioni della Segreteria Generale del P. N. F., presso ogni Comando Federale dei Fasci Giovanili di Combattimento è istituito un servizio medico (gratuito) che provvede alla valutazione militare sportiva di ogni Giovane Fascista.

Primo e precipuo compito è la compilazione ed aggiornamento della scheda di valutazione organica e di specializzazione agli effetti militari, scheda che, seguendo ogni giovane per il triennio di permanenza nei Fasci Giovanili, viene trasmessa all'autorità militare che se ne varrà di guida per l'assegnazione alle varie armi e specialità.

A seguito di tali disposizioni la Presidenza della Federazione Medici degli Sportivi ha consigliato ai propri dirigenti provinciali che la nomina del Dirigente deve essere fatta dal Comandante del Fascio di concerto con l'Ispettore o Fiduciario della Federazione I. M. S., i quali ne daranno alla Presidenza il nominativo. A questa devono pure essere trasmessi i nomi dei medici e studenti scelti per coadiuvare il dirigente. La Presidenza provvederà ad inviare, al Comando Generale dei Fasci, l'elenco dei sanitari addetti ai Fasci stessi.

**Un po' dovunque.**

Il 30 settembre avrà luogo l'annuale Convegno nazionale dell'Associazione Volontari Italiani del Sangue; quest'anno invece che a Milano, culla dell'Istituzione, sarà tenuto a Montecatini Terme, dove le Autorità locali e la Direzione delle Regie Terme hanno gentilmente ed ospitalmente dato il loro appoggio.

La 102ª riunione annuale dell'Associazione Medica Britannica si è svolta a Bournemouth dal 24 al 28 luglio sotto la presidenza del prof. Thomas G. Moorehead, clinico medico al Collegio Trinità di Dublino. Caratteristica è stata una mostra pittorica di medici, nella Galleria d'Arte Russel-Cotes.

L'Associazione dei fisiologi di lingua francese si è adunata a Nancy dal 24 al 27 maggio.

Il 93º Congresso della Società tedesca di medici e naturalisti si terrà ad Hannover dal 16 al 20 settembre. Per informazioni rivolgersi allo: Geschäftstelle, Gustav-Adolf Str. 12, Leipzig C 1, Germania.

Il 4º Congresso naturista spagnolo si è adunato a Madrid; l'inaugurazione ebbe luogo l'8 agosto, alla « Casa del filosofo »: v'intervennero molti medici.

Si è costituita a Parigi una « Société française de sérologie et de syphilis expérimentale », presieduta dal prof. Levaditi, dell'Istituto Pasteur.

Si è organizzata a New Yorh un'Associazione Nazionale degli Ospedali Psichiatrici privati; alla presidenza onoraria è stato chiamato il dott. Hebert Work; a quella effettiva il dott. John J. Kindred.

Con recenti decreti-legge gl'Istituti Superiori di Medicina Veterinaria di Milano e di Bologna sono stati aggregati alle Università delle rispettive sedi, costituendo la Facoltà di medicina veterinaria.

Il Comitato dell'Opera Maternità e Infanzia di Bergamo, allo scopo di degnamente festeggiare il prossimo fausto evento di Casa Savoia, ha deliberato di creare un centro materno rispondente alle nuove necessità e tale da assolvere una delle funzioni più delicate ed importanti stabilite dall'opera di redenzione morale e sociale del Fascismo per la tutela della razza.

Il direttore dell'« Assistenza Pubblica » della Francia, Mourier, ha istituito un museo storico delle arti sanitarie, nel vecchio « Hôtel de Miramion » (quai de la Tournelle), eretto durante il XVII secolo e che fu successivamente casa privata, convento, fabbrica d'armi, farmacia centrale (sotto Napoleone I). Vi sono strumenti, libri, pitture, sculture, incisioni, corrispondenze private, forniture di farmacia ecc.; molto materiale è rarissimo.

Il Comitato americano per lo studio del cancro ha donato all'Istituto per le ricerche sul cancro di Lilla quattro grammi di radio, il cui valore supera tre milioni di franchi francesi.

Il Consiglio d'Amministrazione del Consorzio per la sistemazione del Policlinico di Perugia ha prorogato al 30 settembre il concorso per la sistemazione del Policlinico stesso.

L'on. prof. Sabato Visco, dell'Università di Roma, ha commemorato Bartolomeo Eustachio, ad Ancona, il 18 agosto, presenti le autorità, molti medici ed un pubblico eletto. La conferenza fu illustrata da proiezioni di alcune tavole del grande scienziato marchigiano.

Il prof. Odón de Buen ha tenuto l'ultima sua lezione di biologia generale all'Università di Barcellona; il suo insegnamento è durato 45 anni.

La scrittrice argentina Rosa Bazán de Cámara ha tenuto, in Buenos Aires, una pregevole conferenza su « L'intuizione e i suoi sofismi », la quale ha richiamato l'attenzione dei medici e degli psicologi.

Gli assistenti universitari di Palermo e di Messina si sono dati convegno a Castroreale Bagni; con la guida del dott. Gioacchino Bertolone hanno visitato i due moderni stabilimenti termali Bianchi e Ciapazzi; agli intervenuti è stata offerta una colazione.

Un gruppo di medici di Lucca si è recato a visitare le Terme di Uliveto; sono stati accolti dai proff. Carlo Ferrari e Giulio Carreras. I convenuti hanno ammirato i ricchi impianti, gli apprestamenti terapeutici, il parco lungo l'Arno.

Si è iniziata a Budapest la pubblicazione degli « Acta Cancrologica »; importano fr. svizzeri 60

per un anno e 32 per un semestre. (Indirizzo: Aradi Ucca 8, Budapest VI).

Il prof. Gaspare Basile, direttore della « Rivista Sanitaria » di Napoli, ha promosso un *referendum* sul tema « Il diabete malattia sociale ».

In merito alla notizia relativa agli esami di chimica biologica, da noi data a pag. 1197, le « Forze Sanitarie » informano che la disposizione non si applicherà per la prossima sessione di esami di abilitazione all'esercizio professionale.

A proposito di medici laureati in Italia e che sostengono gli esami negli Stati Uniti, ci si fa osservare che generalmente si tratta di figli d'italiani residenti in America e che hanno incontrato della difficoltà negli studî: si recano in Italia sperando di girare la difficoltà; ma trovano poi di nuovo dei giudici severi.

Una nuova legge in Francia stabilisce che i radiologi debbano essere medici, in accoglimento di voti formulati dai sindacati medici. È fatta eccezione per i radiologi che praticano da oltre 30 anni e che si sono conquistata la stima dei medici per la qualità superiore del loro lavoro. La spinta al nuovo provvedimento è stata data da due ordini di fatti: radiologi non medici hanno falsificato delle pellicole, onde far ottenere degli indennizzi per infortuni; alcuni radiologi non medici hanno posto diagnosi erronee, in base all'esame di radiografie, per insufficienti conoscenze di anatomia e di patologia.

Il Governatore del New Jersey (Stati Uniti) ha firmato un decreto che autorizza i medici ad esigere le loro competenze per le prestazioni nei casi d'infortuni stradali.

A Budapest la « Landes-Stefaniebund » ha organizzato la raccolta e la vendita di latte di donna; nel mese di luglio ne furono venduti 210 litri, provenienti da circa 25 donne.

La Sezione civile della Corte di Appello di Firenze ha emesso la sentenza nella causa contro il noto albergatore pistoiese Torello Cappellini, già condannato ed amnistiato nel decimo anniversario dell'avvento fascista, per l'inquinamento delle acque della sorgente La Fredda. La Corte ha confermato la sentenza che condannava il Cappellini al risarcimento dei danni alle parti lese, le quali sommano ad una cinquantina.

Il dott. Placido De Luca, podestà di Bronto, venne aggredito e ferito gravemente, con una coltellata all'addome, da una guardia municipale licenziata. Nell'Ospedale Civile di Catania, ove il sanitario è stato ricoverato, si è fatta prognosi riservata. Augurî di rapida guarigione.

È morto in età di 70 anni il dott. LÉON WILMAERS, che fu ispettore generale del Servizio di sanità militare del Belgio.

È morto a Tokio, in età di 63 anni, il dott. K. SUDO, il quale fu un auto-didatta: studiò medicina e conseguì la laurea da adulto, senza iscriversi e senza frequentare i corsi, limitandosi a dare gli esami; praticò dapprima privatamente, poi si dedicò alle ricerche di chimica biologica, conseguendo notevoli risultati. Fu chiamato alla presidenza del « Collegio Medico Kanazawa », da cui si era ritirato due anni or sono.

## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 3 Settembre 1934 - XII Num. 35


# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

## SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma


## SOMMARIO.



## NOTE E CONTRIBUTI


Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma

diretto dal Prof. CESARE FRUGONI.


### L'istituzione di un pneumotorace nella polmonite lobare non è nè razionale nè utile.


Dott. ETTORE LIVERANI, ass. vol.


Ogni tentativo di estendere, ampliare, l'applicazione pratica della geniale concezione pneumotoracica del Forlanini, che ha come corollario la diminuzione della tensione elastica del polmone malato, onora il grande Maestro italiano, sulla cui dottrina è oggi imperniata *tutta* la terapia efficace della tubercolosi polmonare. Tutte, infatti, le numerose pratiche terapeutiche della tisi, eccezion fatta per la vaccinoterapia e metalloterapia, quasi sempre inefficaci, trovano la loro razionalizzazione nella diminuzione del trauma respiratorio sull'alveolo; così agiscono gli anticatarrali, i balsamici e la climatoterapia, attraverso l'abolizione delle stenosi catarrali dell'albero bronchiale; il riposo, gli antispastici bronchiali e gli oppiacei, attraverso l'abolizione delle stenosi bronchiali relative alla velocità e profondità dell'atto respiratorio; il pneumotorace, l'apicolisi, l'alcoolizzazione dei nervi intercostali, la frenicoexeresi, la toracoplastica, l'operazione di Jacobaeus, attraverso una diminuzione od abolizione della forza espansiva toraco-diaframmatica. Si sono applicati in seguito questi ultimi interventi terapeutici ad affezioni non specifiche dell'apparato respiratorio, come la gangrena, l'ascesso polmonare, le bronchiectasie ed altre lesioni più rare, spesso con buoni risultati, poichè tutte queste affezioni hanno anch'esse come base comune una tendenza lacerativa dell'elastico polmonare, la cui detensione facilita grandemente il processo di cicatrizzazione, di sclerosi, e quindi di guarigione. Recentemente si è voluto estendere l'uso del pneumotorace alle polmoniti lobari acute con risultati che sono stati proclamati ottimi.

Abbiamo sperimentato su sei di questi casi il metodo, anche se la sua applicazione contrastava con la concezione collassoterapica del Forlanini, non potendo nè volendo negare a priori

affermazioni di autorevoli colleghi e ben sapendo quanto in scienza più valga la positività dei fatti di ogni negativista ragion teorica.

Esaminiamo ora i risultati ottenuti dal Coghlan e dagli altri AA. che lo hanno seguìto. Esporremo poi le ragioni teoriche che stanno a sostegno o contro tale concezione terapeutica, ed in seguito, i nostri risultati e le nostre vedute.

Coghlan riporta sei casi che vale la pena di brevemente riassumere:

CASO I. — Soggetto di 9 anni. Polmonite crupale dei tre lobi di destra; P. 128; T. 40°; R. 30. Stato semi-comatoso. Introduzione in terza giornata di 150 cc. di aria cui segue a breve distanza una sudorazione profusa ed una caduta della temperatura, del polso, del respiro. Il giorno seguente però si ha ripresa in pieno della sintomatologia precedente per cui si pratica una nuova introduzione di modica quantità di aria con risultato questa volta meno evidente.

Si fa un terzo rifornimento in 6ª giornata ed il malato alla fine di questa presenta la crisi risolutiva.

CASO II. — Giovane di 20 anni. Polmonite lobare destra; T. 40°; P. 96; R. 32. Si pratica la prima introduzione di 400 cc. di aria in 5ª giornata di malattia, previa iniezione di morfina per la grande iperestesia pleurica. Subito dopo: sudorazione; diminuzione dello stato cianotico e dispnoico e del dolore toracico; pseudocrisi.

Il giorno seguente, essendosi esaurito il temporaneo miglioramento, nuova introduzione di 300 cc., seguìta anche essa di fatti suddescritti. In seguito si hanno due nuovi rialzi di temperatura ed il paziente guarisce per lisi affrettata in 7ª giornata.

CASO III. — Uomo di 32 anni. Polmonite del lobo inferiore di sinistra; T. 40°; P. 112; R. 32; Pnx. da 250 cc. in 3ª giornata, cui segue sudorazione e benessere. Rifornimento il giorno seguente con caduta della temperatura.

CASO IV. — Uomo di 55 anni in cattive condizioni generali e cardiache; cianosi. Polmonite del lobo inferiore sinistro; T. 39°; P. 132; R. 36. In questo caso di eccezionale gravità, allo scopo di comprimere massivamente il polmone per troncare la tossiemia, si affronta coraggiosamente il rischio del cedimento del cuore con una introduzione massiva di 750 cc. Assieme alla caduta della temperatura e del polso compaiono subito fenomeni di cedimento cardiaco, per cui il malato muore per edema polmonare. Non fu fatta autopsia.

CASO V. — Giovane di anni 25. Polmonite di tutto il polmone destro; T. 41°; P. 128; R. 38. Buone condizioni generali e circolatorie. Si introducono 250 cc. di aria in 3ª giornata, cui segue sudorazione e, nel tempo di due ore, caduta della temperatura a 37°,5, e in quello di quattro ore, a 36°,7 con 88 polsi e 20 respiri. Il giorno seguente però il processo riprende, si fa una seconda introduzione da 150 cc., cui nuovamente segue sudorazione e caduta della temperatura. In quinta giornata ripresa del processo che cede definitivamente in settima, senza più alcun intervento, essendosi a ciò il malato recisamente opposto.

CASO VI. — Giovane di 23 a. Polmonite dei lobi inferiori di destra; T. 39°,2; P. 120; R. 23. Buone condizioni generali e cardiache. Pnx. in 3ª giornata da 600 cc.; in 4ª da 500. Crisi definitiva alla fine della 4ª giornata. In questo caso è stato determinato il tasso dei cloruri urinari e dei leucociti prima e dopo la crisi provocata dal Pnx. In due ore i primi sono aumentati del 60 % ed i secondi diminuiti del 25 %.

Dall'esame di questi casi non risulta che un fatto incontestabile: la diminuzione del dolore puntorio e la comparsa di una pseudocrisi subito dopo il pneumotorace, il quale però, solo in un caso, nel VI, ha verosimilmente influenzato l'avvento della crisi definitiva in IV giornata. In tutti gli altri l'influenza risolutiva del pneumotorace è tutt'altro che dimostrata. Dimostrata è invece la sua azione nociva e funesta nel caso IV. Quale sia il meccanismo attraverso il quale si verifica la pseudocrisi non è facile dire.

Probabilmente si tratta di uno choc a meccanismo non chiaro, con verosimiglianza pleurico.

Perlroth che ha successivamente sperimentato il metodo di Coglan su sette casi ha ottenuto pressapoco gli stessi risultati. Tipica la pseudocrisi che egli ha notato in tutti i malati anche con poca quantità di aria. Uno di questi è morto in quinta giornata dopo la prima introduzione senza avere ritratto alcun giovamento dall'intervento, che, del resto, era stato praticato in condizioni di eccezionale gravità; due, hanno presentato un empiema metapneumonico, tantochè l'A. si domanda se il pneumotorace non possa avere facilitato l'insorgenza della complicanza, esprimendosi nel senso di questa ipotesi per il fatto che prima dell'intervento non esisteva alcun essudato. Gli altri quattro casi hanno sfebbrato per lisi in V giornata dopo due o tre rifornimenti giornalieri, tutti seguiti da immediata e temporanea sudorazione, qualche volta da brivido, diminuzione della temperatura, del polso, del respiro.

Passiamo ora all'esposizione dei miei casi:

CASO I. — P. U., uomo di 36 a. All'ingresso il paziente presenta epatizzazione pneumonica dei lobi inferiore e medio superiore di destra, in 3ª giornata; P. 84; T. 39°,5; R. 32; stato euforico tossiemico; apparato circolatorio in buone condizioni. Il malato non espettora, nè ha mai espettorato durante il decorso della malattia, per paresi tossica delle ultime vie respiratorie, dato che esistono segni evidenti di catarro nei bronchi.

L'esame del sangue dà globuli bianchi 9.300 con alta neutrofilia relativa; la pressione è normale (120-60). Nelle urine gli elementi patologici sono i seguenti: lieve albuminuria, lieve riduzione al Fehling, diminuzione dei cloruri (5,80 ‰), mentre nel sedimento non si notano che elementi di scarsa importanza.

Accertata anche radiologicamente la forma pneumonica si istituisce subito un Pnx. di 50 cc.; la

temperatura cade dopo qualche ora a 37°,9; il polso invece sale a 90, il respiro resta invariato. La pressione endotoracica che era assai scarsa, — 3 + 1, inalterata rimane. Il giorno seguente, nuovo rifornimento di 500 cc. (pressione iniziale — 6 + 2, terminale — 4 + 1); *non si nota alcun accenno a pseudo-crisi*, anzi, la temperatura sale a 39°,5. Il giorno successivo, V giornata, si pratica una terza introduzione di 300 cc. (pressione iniziale — 5 + 1; terminale — 3 + 1); *niente pseudocrisi*, al contrario il polso da 90 sale a 108 e la temperatura da 38°,2 a 40°,5; il respiro si mantiene press'a poco stabile.

In coincidenza di questa elevazione termica si nota epatizzazione del lobo superiore di destra, in corrispondenza del quale era andata in precedenza a localizzarsi la bolla pneumotoracica; ai lobi inferiori si percepiscono segni premonitori di risoluzione.

I cloruri urinari, dosati ogni 12 ore, permangono bassi, ed anche i leucociti oscillano intorno alla cifra iniziale. Compare subittero con urobilina nelle urine. Si ritiene opportuno sospendere il trattamento pneumotoracico nonostante le condizioni dell'apparato circolatorio si mantengano buone.

L'ammalato peggiora per l'aumento dello stato tossinfettivo e nonostante una caduta per lisi della temperatura verificatasi durante l'ottava giornata, muore nelle prime ore della nona per collasso cardiaco.

All'autopsia, a quattro giorni cioè dall'ultimo rifornimento, non si trova che poca aria nel cavo pleurico destro, che, tanto nella sua parete parietale che in quella viscerale, non mostra affatto segni di flogosi o di lesioni. Il polmone destro è completamente epatizzato con la sola differenza che mentre il lobo superiore è allo stadio di epatizzazione rossa, quelli inferiori sono al terzo stadio. I bronchi grossi e medi sono pieni di catarro vischioso in parte purulento ed in parte rugginoso. Al polmone sinistro si nota catarro bronchiale ed enfisema vicariante di alto grado. Il cuore è di aspetto, forma e peso normale; non presenta vizi valvolari ed al taglio la fibra ha un aspetto lievemente subitterico e degenerativo. Le sezioni destre sono un poco più dilatate con pareti assottigliate. Il fegato si presenta ingrossato, con margine arrotondato e capsula lucente e lievemente subitterica. Al taglio si nota stasi cospicua ed uno stato degenerativo bene evidente. La milza ha tutti i caratteri dell'organo infettivo. Da questa sommaria esposizione necroscopica del caso risulta evidente che la causa principale della morte è stata la tossiemia e che il pneumotorace, rapidamente riassorbitosi, non aveva arrecato nessun danno locale.

CASO II. — B. D.; uomo di 42 a. Polmonite del lobo superiore di destra, in IV giornata. P. 104; R. 32; T. 39°,6; pressione 135-55. Condizioni generali e circolatorie buone. Dolore puntorio assai vivo alla regione della spalla. Nulla nelle urine all'infuori di un'albuminuria febbrile e di una diminuzione del tasso dei cloruri (8,12 ‰). L'esame del sangue mette in evidenza solo una leucocitosi discreta con neutrofilia relativa (13.000-74 %). Si pratica un pneumotorace da 250 cc. e si trova una pressione iniziale di — 6 + 2 che alla fine dell'introduzione si riduce a — 2 + 2. Compare subito sudorazione, stato euforico ed il dolore puntorio si attutisce assai. La temperatura scende lentamente fino a toccare il 37°,2 alle ore 8 della giornata seguente (VI). Alle 10, la temperatura però è già salita a 39°,4, si pratica allora una nuova introduzione da 300 cc., che porta la pressione endopleurica da — 6 — 1 a — 4 + 2 e la febbre cade nuovamente a 37°,5, per poi subito risalire e ricadere per conto suo durante la notte fino a 36°,9. Nelle prime ore del mattino seguente (VII) la temperatura risale e si constata all'esame fisico del torace la diffusione del processo pneumonico al lobo medio. La bolla pneumotoracica è quasi tutta localizzata alla base. Si pratica una terza introduzione da 300 cc. che riduce la pressione endopleurica da — 4 + 1 a — 1 + 2; la temperatura oscilla tra i 38°,5 e 37°,5 per tutta la giornata. In VIII giornata, brivido, e la febbre rapidamente da 37°,4 sale a 39°,6; anche il lobo inferiore è in via di epatizzazione. Nuovo Pnx. e la temperatura, il respiro ed il polso, cadono per lisi affrettata nelle prime ore del IX giorno, nel quale il paziente entra in convalescenza.

I cloruri urinari, dosati due volte al giorno, sono scesi fino a 3,48 ‰, non hanno presentato variazioni in rapporto alle cadute della temperatura causate dal pneumotorace, e sono ricomparsi in grande quantità solo all'atto dello sfebbramento definitivo.

I leucociti, contati dopo ogni rifornimento, non hanno subito notevoli variazioni.

CASO III. — P. M.; uomo di a. 44. Polmonite del lobo medio in III giornata radiologicamente e clinicamente accertata. All'ingresso in Clinica il malato che aveva esordito nella malattia con tutta la fenomenologia classica della polmonite, presenta già accenni di *crepitatio redux;* lo sputo però ha un aspetto misto tra il rugginoso ed il catarrale. Nelle urine lieve albuminuria con qualche cilindro granuloso ed un tasso di cloruri dell'8,60 per mille. I globuli bianchi sono 6.200, scarsa, i neutrofili 52 %; la temperatura è di 38°,6; polso 80; respiro 24.

Si pratica subito un Pnx. di 300 cc. e si trova anche in questo caso una P. I. di — 2 + 2 e una P. T. di — 1 + 4. Inizia una caduta della temperatura che nei due giorni seguenti (IV-V) tocca solo il 37°,2 ed il 37°,3 solo verso sera, ed il malato sfebbra completamente alla fine della V giornata, presentando contemporaneamente un'abbondante crisi urinaria di cloruri, ed un espettorato catarrale, con segni obbiettivi locali di risoluzione.

In questo caso il reperto ascoltatorio anteriore al pneumotorace che è stato progressivamente confermato, fa presumere che l'esito benigno e rapidamente risolutivo non sia stato direttamente conseguenziale al pneumotorace.

CASO IV. — G. E., uomo di a. 44. Polmonite del lobo inferiore sinistro in IV giornata. T. 39°,9; P. 112; R. 32. Stato di euforia ed agitazione tossica con tremori. Condizioni del centro circolatorio scadenti con bassa pressione sistolica e differenziale piuttosto alta, lieve stato cianotico. Nelle urine, modica albuminuria con urobilinuria, indacanuria, e tracce di pigmenti biliari; nel sedimento, qualche cilindro granuloso e qualche leucocita; bassi i cloruri. Nel sangue, 10.800 globuli bianchi con 85 % di neutrofili. Dopo l'esame radiologico che conferma la diagnosi, si pratica pneumotorace di 300 cc. (P. I. — 4 + 2; P. T. — 2 — 0). In questo caso l'intervento non deter-

mina alcun miglioramento subbiettivo. Il giorno seguente (V) si constata che il polso è salito a 140, il respiro a 50, mentre la temperatura si è mantenuta stazionaria; all'esame obbiettivo si rota la comparsa di un nuovo focolaio alla base di destra. Si sospende il trattamento pneumotoracico, l'ammalato dopo cinque altri giorni di temperatura alta e lievemente remittente, con un polso sui 140 ed un respiro sui 50, muore in X giornata per collasso circolatorio, avendo presentato anche delirio e subittero epatotossico. Non è stato possibile il riscontro autopsico.

CASO V. — P. G.; giovane di a. 17. Polmonite del lobo inferiore sinistro in III giornata. Stato generale e circolatorio buono, lieve cianosi. Temperatura 38°,4; P. 96; R. 32. Obbiettivamente si mettono in evidenza segni di lieve versamento basilare sinistro che si sovrappongono a quelli del processo pneumonico. L'esame radiografico conferma la presenza di una lievissima falda liquida. Alla puntura si estraggono pochi cc. di un liquido molto corpuscolato che all'esame citodiagnostico si dimostra un essudato leucocitario benigno. Nelle urine nulla di notevole all'infuori di una scarsa percentuale di cloruri: 5,26 ‰. Nel sangue modica leucocitosi (10.000) con neutrofilia relativa (79 %). Nonostante il lieve versamento si pratica il giorno seguente (IV) una introduzione di 400 cc. che abbassa la pressione endopleurica da — 10 — 0 a — 6 + 1. Subito dopo non si nota alcun fenomeno subbiettivo all'infuori di una diminuzione del dolore puntorio. Il polso rimane inalterato, il respiro sale da 32 a 44, la temperatura da 39°,9 a 40°,6 nelle sei ore successive, per poi dopo iniziare una discesa per lisi che in VIII giornata, senza più alcun rifornimento, porta alla guarigione definitiva.

In questo caso non si è avuta crisi dei cloruri, nè variazione del numero dei leucociti dopo il pneumotorace.

Una seconda puntura esplorativa praticata in VII giornata conferma nel concetto di un versamento parapneumonico benigno essendo l'essudato rimasto sterile. Pochi giorni dopo lo sfebbramento, ogni traccia di versamento era già scomparsa.

CASO VI. — A. M.; uomo di a. 34. Polmonite lobi inferiori di destra in III giornata. Stato generale e dell'apparato circolatorio buoni. P. 124; T. 40°,2; R. 26; all'esame del sangue nulla di particolare all'infuori della solita modica leucocitosi (10.200) con neutrofilia. Nelle urine i segni di un'albuminuria febbrile con un basso tasso di cloruri. Si pratica subito un pnx. che, come gli altri, riesce con difficoltà a causa della bassa pressione negativa. In questo caso l'iperestesia della parete e della pleura parietale sono così forti che il malato si calma. La temperatura discende, compare sudorazione, ma i leucociti ed i cloruri urinari rimangono invariati, mentre le pulsazioni e gli atti respiratori diminuiscono di frequenza solo dopo due ore dall'intervento. In questo caso l'ammalato subito dopo il pnx. è colto da leggero brivido che dura circa mezz'ora. Un controllo radiologico praticato subito dopo l'intervento mostra la bolla d'aria nella parte alta del polmone. Al mattino seguente la temperatura è di nuovo sui 40°, mentre permane una minore dolorabilità e difficoltà respiratoria. Si pratica un secondo rifornimento da 300 cc., ma questa volta neppure la curva termica viene influenzata. Si sospende ogni pratica pneumotoracica anche per il forte dolore e l'agitazione psichica che la puntura provoca al malato e la crisi avviene al mattino del VII giorno, preceduta da una forte eliminazione di cloruri per le urine.

***

I risultati da me ottenuti confermano in parte quelli di Coghlan e di Perlroth ed io discuterò richiamando anche i casi di questi AA. Riassumendo, su sei casi, la pseudocrisi di Coghlan, io l'ho constatata solo nel II e nel III: comunque tale pseudocrisi è un dato che può essere osservato e se si potesse largamente sperimentare nelle stesse condizioni di malattia nell'animale, varrebbe la pena di indagare nel suo meccanismo. Degli altri casi, due, che sono stati sottoposti all'intervento in condizioni di particolare stato tossinfettivo, sono deceduti senza mostrare di aver ritratto il minimo vantaggio dal pneumotorace; degli ultimi due, uno solo si presta all'ipotesi che l'intervento abbia beneficamente influenzato il processo. È questo il V; in esso infatti era stata constatata la presenza di una reazione pleurica metapneumonica in IVª giornata prima dell'istituzione del pnt. Orbene, dopo questo primo ed unico rifornimento, non solo è iniziata una lisi che ha portato allo sfebbramento completo in VIIIª giornata, ma anche l'essudato che era intensamente corpuscolato, ha avuto un decorso benigno e tutto il processo si è risolto. Può essere che il probabile choc pleurico abbia determinato l'andamento favorevole della malattia provocando l'inizio della risoluzione del processo pneumonico in IVª giornata e l'arresto di quello empiematico conseguenziale? Non lo si può affermare con sicurezza, ma non si può nemmeno escluderlo.

Altro vantaggio di tale sistema terapeutico è la diminuzione del dolore puntorio, come io stesso ho potuto constatare in quasi tutti i casi. In quelli, però, che per le loro buone condizioni ho potuto controllare radiologicamente, la bolla pneumotoracica non era mai in sede del focolaio; la spiegazione di questo fenomeno è intuitiva se pensiamo alle condizioni anatomopatologiche che da tutti i tisiologi sono accettate per la interpretazione del pneumotorace elettivo nella tubercolosi polmonare. Sono queste infatti condizioni diametralmente opposte a quelle in cui si trova il lobo epatizzato.

Se anche però la sede della bolla è lontana dal focolaio, è verosimile che un piccolo strato di aria si disponga anche in corrisponden-

za di esso provocando così un piccolo, ma pur sufficiente, allontanamento delle due pareti pleuriche flogosate e quindi la scomparsa o la diminuzione del dolore.

In tre dei miei casi, inoltre, (I-II-IV) ho notato un fatto che non è stato segnalato da Coghlan e Perlhost e che, se pure può essere una semplice coincidenza, va tuttavia tenuto nella dovuta considerazione. In questi malati infatti, dopo il pneumotorace, ho notato una migrazione del processo ad altri lobi: nel I° dai lobi inferiori di destra al superiore, nel II° dal lobo superiore destro al medio ed all'inferiore, nel IV° dal lobo inferiore sinistro a quello omologo di destra.

Questo fatto andrebbe meditato seriamente, qualora altri AA. ritenessero opportuno di insistere in tale terapia.

Altra osservazione importante che ho potuto fare è il comportamento della pressione endopleurica sia all'atto del rifornimento che alla fine. Domina in tutti i miei casi la scarsa pressione negativa iniziale ed il facile passaggio alla positività dopo anche scarso rifornimento.

Per semplicità dimostrativa riporto la seguente tabella:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Caso I: | P. I. | —3 +1 | 1ª intr. | 50 | P. T. | —2 +1 |
| | » » | —6 +2 | rifornim. | 500 | » » | —4 +1 |
| | » » | —5 +1 | » | 300 | » » | —3 +1 |
| Caso II: | » » | —6 +2 | 1ª intr. | 250 | » » | —2 +2 |
| | » » | —6 —1 | rifornim. | 300 | » » | —4 +2 |
| | » » | —4 +1 | » | 300 | » » | —1 +2 |
| Caso III: | » » | —2 +2 | 1ª intr. | 300 | » » | —1 +4 |
| Caso IV: | » » | —4 +2 | » | 300 | » » | —2 —0 |
| Caso V: | » » | —10 —0 | » | 400 | » » | — 6+1 |
| Caso VI: | » » | —6 +1 | » | 350 | » » | —3 +2 |
| | » » | —6 —0 | rifornim. | 300 | » » | —3 +1 |

La ragione di questo fenomeno va ricercata, secondo me, in due ordini di fatti: 1) nel dolore pleurico, per cui il malato respira molto superficialmente, con escursioni inspiratorie brevi e spezzate che tendono a diminuire la negatività pressoria del cavo pleurico; 2) nell'aumento di volume della massa polmonare epatizzata e nella conseguente perdita della sua tensione elastica, che con la forza espansiva della gabbia toracica e del diaframma costituisce il binomio formatore della pressione negativa endopleurica.

Questo stato della pressione, di cui nè Coghlan nè Perlroth fanno cenno nei loro lavori, unitamente alla impossibilità del malato di respirare profondamente a causa del dolore e del sopraggiungere della tosse, ed alla iperestesia, spesso notevole, della pleura parietale durante la puntura, rende assai difficile la istituzione del pneumotorace. In tutti i miei casi, eccetto il V°, ho incontrato infatti grandi difficoltà, per superare le quali, nonostante abbia usato l'apparecchio ideale del Morelli, ho dovuto sempre decidermi contro le norme più strettamente prudenziali, ad immettere l'aria sotto lieve pressione.

Vediamo ora quali sono le premesse teoriche che, secondo Coghlan, stanno a base di questa concezione terapeutica:

1) distacco delle superfici pleuriche flogosate col duplice vantaggio di una diminuzione del dolore e di una più facile ventilazione polmonare;

2) messa a riposo del polmone malato;

3) limitazione dell'afflusso di sangue attraverso il polmone malato con diminuzione conseguenziale dell'anossiemia ed ostacolo al passaggio di tossine nel circolo generale.

Sul primo comma e sul secondo, interpretato nel senso di una diminuzione della ventosazione pleurica, non ci sarebbe gran che da obbiettare, se il terzo non facesse dubitare anche della giusta interpretazione del secondo.

Nella frase « limitazione dell'afflusso di sangue attraverso il polmone malato ecc. » noi non possiamo che vedere un concetto di compressione del lobo epatizzato che urta contro la concezione Forlaniniana della fisiopatologia polmonare. Come si può infatti pensare di potere comprimere un lobo epatizzato senza prima avere per lo meno provocato il collasso completo del lobo o dei lobi sani e molto probabilmente uno spostamento del cuore e del mediastino?

E su quali basi ha l'A. inglese concepito queste premesse teoriche, se nel suo lavoro non ha attribuito alcuna importanza al comportamento della pressione endopleurica e prima e dopo ogni rifornimento, come lo dimostra il fatto che non fornisce alcun dato in proposito, mentre egli detta norma sulla quantità di aria da introdurre ogni volta (concetto che la scuola italiana ha già da lungo tempo superato in qualsiasi pneumotorace), come se la tecnica pneumotoracica si potesse standardizzare sul numero di centimetri cubici di aria da introdurre ogni volta?

Anche quando Perlroth afferma di non accettare il concetto di Coghlan sulla diminuzione del circolo polmonare e la conseguente minore scarica nel grande circolo di batteri e tossine a causa della compressione del polmone infiltrato, per il fatto che non si sa ancora se effettivamente la circolazione diminuisce nel polmone compresso, egli dimostra di accettare il concetto di compressione, che, ripeto, è assurdo.

Questo A. ammette che l'effetto benefico

del pneumotorace in questi casi si esplichi più che altro attraverso uno choc pleurico nel senso di una modificata stimolazione del protoplasma cellulare e mobilizzazione di anticorpi con conseguente elevazione del potere immunitario che porterebbe allora il pneumotorace nel concetto di una terapia generale di una malattia infettiva generale (Perlroth).

Su questo punto, solo teoricamente intravisto, siamo d'accordo con l'A. tedesco, per quanto riguarda il fenomeno pseudocrisi che noi abbiamo potuto constatare.

Di fronte a questo probabile benefico vantaggio non sicuramente dimostrabile in nessun caso, poichè la polmonite è una malattia a breve decorso e quindi sempre prossima ad una possibile crisi naturale, abbiamo il dato costante delle basse pressioni negative che assieme ad altri fattori sopra discussi conferiscono una certa maggiore difficoltà all'istituzione pneumotoracica e rendono più facili gli spostamenti del cuore e del mediastino, con quale vantaggio della circolazione polmonare, già così duramente provata, ognuno può comprendere.

Non è qui il caso di insistere sul concetto che tanta aria si immette altrettanta superficie polmonare sana, *respirante*, viene menomata nella sua funzione, poichè anche questo è intuitivo, e da solo basta a mettere in luce non troppo chiara ogni idea di terapia pneumotoracica nella polmonite.

Perchè allora noi, consci di queste assurdità concezionali, abbiamo sperimentato sui nostri casi? Per constatare e controllare l'arresto per crisi del processo pneumonico dopo uno o due rifornimenti che avrebbe veramente potuto rendere accettabile una terapia a tutta prima illogica. I risultati hanno confermato in parte il fenomeno, fenomeno però che noi dobbiamo ritenere, nei casi in cui si avvera, una pseudocrisi, e quindi di nessuna utilità al malato.

Resta la diminuzione del dolore puntorio e la conseguente maggiore facilità della meccanica respiratoria; ma ciò si può ottenere con la morfina che il Morelli, con frase felice, chiama la digitale del polmone.

Se poi consideriamo la facilità con cui la polmonite si complica ai processi empiematici, ci appare subito il duplice svantaggio della concomitanza di un pneumotorace che viene a togliere all'organismo la eventuale limitazione aderenziale del processo suppurativo, e delle condizioni di svantaggio in cui verrebbero a trovarsi il chirurgo ed il malato di fronte ad un empiema non delimitato, nella toracotomia.

Per tutte queste ragioni è da ritenere inapplicabile la cura pneumotoracica nella polmonite lobare; qualora qualcuno ancora volesse praticarla, sarebbe forse opportuna la sostituzione dell'aria atmosferica con ossigeno, per la rapida riassorbilità di questo gas, onde, l'azione dannosa della compressione verrebbe più presto eliminata.

RIASSUNTO.

L'A. riporta sei casi di polmonite lobare trattati col pneumotorace, secondo Coghlan. Sulla base dei risultati ottenuti egli dimostra l'inopportunità di tale intervento che non trova appoggio nè nella concezione fisiopatologica polmonare di Forlanini, nè nei risultati pratici, e che neanche può considerarsi completamente innocuo per il malato.

LETTERATURA.

J. J. COGHLAN. *Treatment of acute lobar pneumonia by artificial pneumothorax*. The Lancet, jan. 2. 1932.

S. PERLROTH. *Behandlung der Pneumonien mit künstlichem Pneumothorax*. Wien. Klin. Woch., n. 49, 1932, pag. 1508.

---

OSPEDALE DI S. SPIRITO - ROMA
SALA S. CARLO GENGA
Primario medico: Prof. TOMMASO LUCHERINI.

## La cura della polmonite crupale col pneumotorace artificiale.(1)

Dott. MATARESE VINCENZO, aiuto medico.

La geniale scoperta di Forlanini ha trovato in questi ultimi tempi una nuova applicazione per la cura della polmonite lobare. A quanto ci risulta, il primo a riferire su una serie di casi trattati con questo metodo è stato J. J. Coghlan che riferisce su sei casi trattati nel 1932.

Tuttavia bisogna ricordare che questa terapia era stata proposta nella cura della polmonite dei bambini da Jahr e Niumann nel 1930.

J. J. Coghlan attribuisce al metodo i seguenti vantaggi:

1) quello di separare le superfici pleuriche infiammate, diminuendo il dolore e facilitando la respirazione;

2) mettere il polmone a riposo;

3) limitare l'afflusso di sangue al polmone infiammato, diminuendo così l'anossiemia ed ostacolando il passaggio delle tossine nel circolo generale.

L'A. avrebbe trovato, nei suoi casi, una estrema sensibilità della pleura per cui consiglia l'anestesia completa.

(1) Questo lavoro è stato comunicato all'Accademia Lancisiana nella seduta del 19 aprile 1933.

Un'altra particolarità avrebbe osservato il Coghlan e cioè le ampie ed irregolari variazioni della pressione endo-pleurica, la quale mostra variazioni che vanno da +40 a —40: questo noi non l'abbiamo osservato in nessuno dei nostri casi.

Nelle osservazioni di Coghlan in meno di un'ora ed in qualche caso anche in una quindicina di minuti le condizioni del malato subiscono un cambiamento notevole: la respirazione si fa più facile e meno frequente, scompare il dolore pleurico, la temperatura si abbassa fin verso i trentasette e così pure diminuisce la frequenza del polso; si manifesta un'abbondante sudorazione; il malato ha la sensazione di stare molto meglio; quindi tutti i fenomeni della crisi.

Noi abbiamo potuto notare in un caso un miglioramento nettissimo pochi minuti dopo l'introduzione di aria, come diremo più dettagliatamente in seguito.

Dopo 12-24 ore il Goghlan ha notato nei suoi casi una riaccensione della febbre e degli altri fenomeni che un secondo riempimento pneumotoracico faceva abbassare in maniera definitiva, oppure vi susseguiva la caduta della temperatura per lisi.

Il Coghlan ha trovato al secondo riempimento l'aria completamente riassorbita, cosa che non è stata trovata da S. Perlroth e U. Topercer, e non sempre da noi.

I casi trattati da Coghlan furono 6; tra questi si ebbe un morto, un uomo di 55 anni con evidenti fenomeni tossici e cuore in cattive condizioni, in cui il pnt. fatto con quantità notevole di aria (750 cc.) determinò una crisi violenta, seguìta dopo poche ore dalla ricomparsa della febbre e dalla insorgenza dell'insufficienza del cuore destro, che non potè essere vinta.

Nel 1932 furono trattati altri 6 casi da K. H. Li che osservò fenomeni analoghi di rapido stabilirsi della crisi, ed ebbe pure un caso di morte in una puerpera di 25 anni, in cui la polmonite era accompagnata da versamento pleurico. Invece un uomo di 62 anni, in pessime condizioni, guarì.

Perlroth e Topercer praticarono il pnt. in 7 casi, tra i quali ebbero un morto, un alcoolista ed arteriosclerotico di 55 anni.

Dall'esame dei casi riferiti degli AA. citati l'effetto terapeutico è innegabile, poichè in tutti, anche nei casi terminati con la morte, il pnt. portò un evidente miglioramento dei fenomeni obbiettivi e subbiettivi.

Detti lavori, pur avendo suscitato grande interesse, non sono stati controllati e ripetuti su vasta scala come avrebbero meritato.

In Italia, per quello che mi consta, non è stato pubblicato alcun lavoro sull'argomento.

Considerando la grande difficoltà di poter avere un'idea esatta di un metodo, in una malattia come la polmonite che ha spontaneamente numerose variazioni sia nel decorso come nelle complicanze e negli esiti, ho creduto opportuno praticare lo studio su 10 ammalati di polmonite presi così come capitavano dal deposito, nello stesso periodo stagionale; ad uno di questi si applicava la cura del pnt. e ad un altro la terapia usuale con iniezioni di dieci cc. di gluconato di calcio mattina e sera.

In questo modo, abbiamo ritenuto di ridurre al minimo le possibili cause di errore ed abbiamo anche evitato la scelta dei casi più favorevoli.

CASO I. — Buf. Armenio, di anni 17, di professione scolaro.

Entra in Ospedale il 22 maggio.

Nulla nel gentilizio, nessuna malattia degna di nota nel passato.

La sera del 21 ha avvertito dolore puntorio alla base dell'emitorace destro che si accentua sotto i colpi di tosse; nello stesso tempo è insorto leggero brivido di freddo e febbre elevata (38°,5). Non vomito. Diuresi normale.

L'esame obiettivo dà: condizioni generali gravi. Sensorio obnubilato. Decubito indifferente. Cute bruna pallida. Mucose visibili cianotiche. Sottocutaneo poco sviluppato. Lievi edemi agli arti inferiori. Muscoli tonici e trofici. Nulla a carico del sistema osteo-articolare. Qualche ghiandola nelle comuni stazioni.

Polso 118, respiro 46, temperatura 38°,2.

Lingua impaniata umida, istmo delle fauci arrossato.

Torace: emitorace destro si espande meno del sinistro. Riduzione di suono nella interscapolo-vertebrale di destra. Base destra immobile. Aumento del f. v. t.: all'ascoltazione, respiro nettamente soffiante alla base. Qualche sfregamento. Polmone sinistro: apice alla prominente. Suono chiaro polmonare su tutto l'ambito. Base mobile. F. v. t. normale. Ascoltazione murmure normale.

Cuore: Punta al IV spazio internamente alla emiclaveare. Aia cardiaca nei limiti. Primo tono alla punta impuro. Secondo polmonare rinforzato. Polso 118 ritmico, ipoteso.

Addome avvallato, poco trattabile. Fegato e milza nei limiti.

*Sistema nervoso*: Non atteggiamenti particolari, però il paziente è alquanto rigido. Accenno al Kernig. Anisocoria netta delle pupille; la destra è più ampia della sinistra e reagisce meno alla luce. Non deficit dei nervi cranici. Nulla a carico della motilità attiva e passiva degli arti superiori ed inferiori. Rotulei presenti ma deboli da entrambi i lati. Non Babinski.

L'esame delle orine dà albumina e zucchero assenti; Cloruri 4 per mille.

Globuli rossi 5.200.000. Globuli bianchi 17.500.

La mattina del 23 la temperatura è di 39°,6, le condizioni generali sempre gravi, comparsa di qualche sputo emorragico, sensorio obnubilato. Polso 126, respiro 48.

Si decide l'applicazione del Pnt. senza alcun trattamento preventivo. Si pratica la puntura della parete toracica previa accurata disinfezione e con la solita tecnica: siamo in terza giornata di malattia. La puntura non riesce eccessivamente dolorosa. La pressione iniziale è di — 20 — 10 con oscillazioni un po' irregolari. Si iniettano lentamente 500 cc. di aria filtrata. La pressione terminale è di — 4 0.

Durante il corso del Pnt. il paziente diventa più pallido. Il polso si fa più frequente, ma si mantiene discreto.

Quello che è impressionante in questo caso è la sensazione di miglioramento immediato che ho notato subito dopo pochi minuti dalla introduzione di aria. Il paziente non ha avvertito più dolori al torace, si è fatto più calmo. Il respiro, che prima dell'introduzione era di 48, è sceso a 40; il polso da 126 a 116.

Il Pnt. era stato praticato alle ore dieci, la temperatura alle 12 era scesa da 39°,6 a 38°, il polso

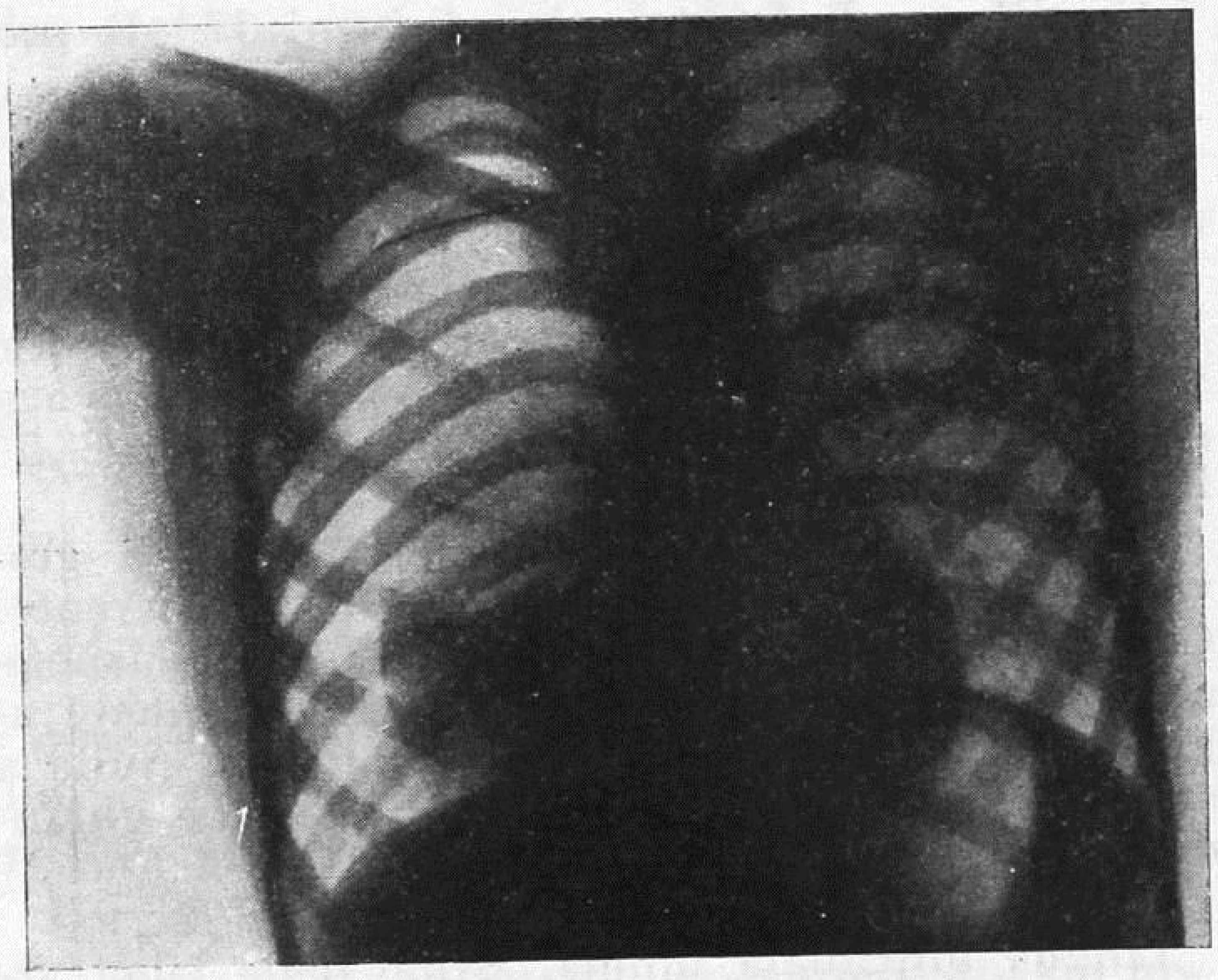


FIG. 1. (24-5-33).

era di 108, il respiro 38. Il malato era in profusa sudorazione.

Alle ore 16 dello stesso giorno si aveva 38°,3 di temperatura, con polso a 106, respiro 36.

La sera stessa alle ore 24, temperatura 36°,8, R. 34, P. 94.

La mattina seguente, 24 maggio, tra terza e quarta giornata di malattia, la temperatura delle ore 6 è di 36°6, P. 92, R. 32.

Si ha la comparsa di herpes labialis alla commissura di sinistra.

All'esame del torace si nota un aumento di sonorità alla base destra; all'ascoltazione respiro debole con soffio lontano.

Non si percepiscono sfregamenti. Le condizioni generali sono notevolmente migliorate, il paziente respira con calma. Risponde a tono alle domande. Alle ore 10 si pratica una seconda introduzione di aria. Pressione iniziale — 10 + 0; terminale — 4 + 5.

Si invia subito dopo l'introduzione l'ammalato ai raggi e la radiografia, che mostrò (fig. 1), fa notare la presenza di pneumotorace artificiale destro. L'aria occupa la metà laterale del campo. Evidenti segni di blocco a tipo pneumonico del lobo inferiore di destra parzialmente compresso.

I cloruri urinari sono saliti al 5,30 per mille. I globuli bianchi sono scesi a 12.500.

Il giorno 25, alle ore 6, T. 37°,2, P. 95, R. 32. Alle ore 10, T. 38°, P. 98, R. 35.

Si pratica nuovo rifornimento di 500 cc. PI — 10 + 4, PT 0 + 8.

Alle ore sedici T. 37,7, P. 92, R. 32.

Alle ore ventiquattro T. 36,8, P. 88, R. 30.

Nei giorni seguenti la temperatura ed il polso sono normali e non si ripete alcuna introduzione di aria.

L'esame del torace dà suono timpanico e apnea.

Una seconda radiografia praticata il 29 maggio dà: pneumotorace artificiale destro: l'aria occupa il terzo laterale del campo a tutto spessore.

L'infiltrazione pneumonica è in via di assorbimento.

Assenza di segni di versamento liquido.

Un esame radioscopico eseguito l'otto giugno dimostra ancora la presenza di Pnt. corticale. Il 15 il paziente viene dimesso per guarigione.

CASO II. — F. Rolando, di anni 13.

Entra in Ospedale il 22 maggio 1933 alle ore 12. Padre vivente e sano. Madre vivente e sana. Non precedenti tbc.

Nulla nell'infanzia. A sette anni scarlattina con complicanza di otite media purulenta. Il paziente va soggetto a tosse e bronchite specie d'inverno.

Nella notte tra il 20 ed il 21 maggio ha avuto dolore puntorio alla base emitorace destro, accompagnato da tosse secca; a detti disturbi si aggiunse vomito, diarrea e febbre elevata 40, preceduta da brivido. Dal 21 le condizioni sono stazionarie.

*E. O.* Condizioni generali piuttosto gravi. Sensorio obnubilato. Colore rosso acceso del viso, mucose visibili subcianotiche. Sottocutaneo discretamente sviluppato, muscoli tonici e trofici. Qualche linfo-ghiandola alle comuni stazioni. T. 39,5, P. 120, R. 44.

Faringe arrossata con tonsille ipertrofiche.

Torace: emitorace destro si espande meno che a sinistra.

A destra da metà scapola in basso ottusità. La base destra è immobile. Aumento del f.v.t.

All'ascoltazione soffio bronchiale e gruppo di sfregamenti alla base d.

Polmone sinistro: apice alla prominente, base mobile. Suono chiaro polmonare su tutto l'ambito. Murmure normale.

Cuore: nei limiti, toni netti. Azione concitata.

Addome poco trattabile indolente. Fegato e milza normali.

Esame delle urine: albumina e zucchero assenti. Cloruri 4 per mille. Globuli bianchi 16.600.

Il giorno 22 maggio, ore 12: T. 39,5, P. 118, R. 44; ore 16: T. 40,1, P. 124, R. 48; ore 24: T. 38,8, P. 116, R. 44.

La mattina del 23 alle ore 10 si pratica la prima introduzione di aria: P.I. — 15, — 8, 400 cc., P.T. — 4 + 3.

Prima del Pnt. si aveva alle ore nove T. 38,7, P. 116, R. 46.

Alle ore dodici dello stesso giorno abbiamo T. 40, P. 122, R. 48.

Alle ore sedici T. 39,9. Alle ore 24 T. 40.

Come si vede sembra che il paziente non abbia tratto alcun vantaggio dalla prima introduzione di aria.

Il 24 alle sei del mattino la temperatura è di

39,6, alle dieci di 39,8. Si procede a nuova introduzione di 400 cc. di aria. P.I. — 4, — 1;P.T. — 1 + 5. Alle ore 12 la T. 38,8. Una radiografia eseguita subito dopo l'introduzione di aria, dà il seguente risultato:

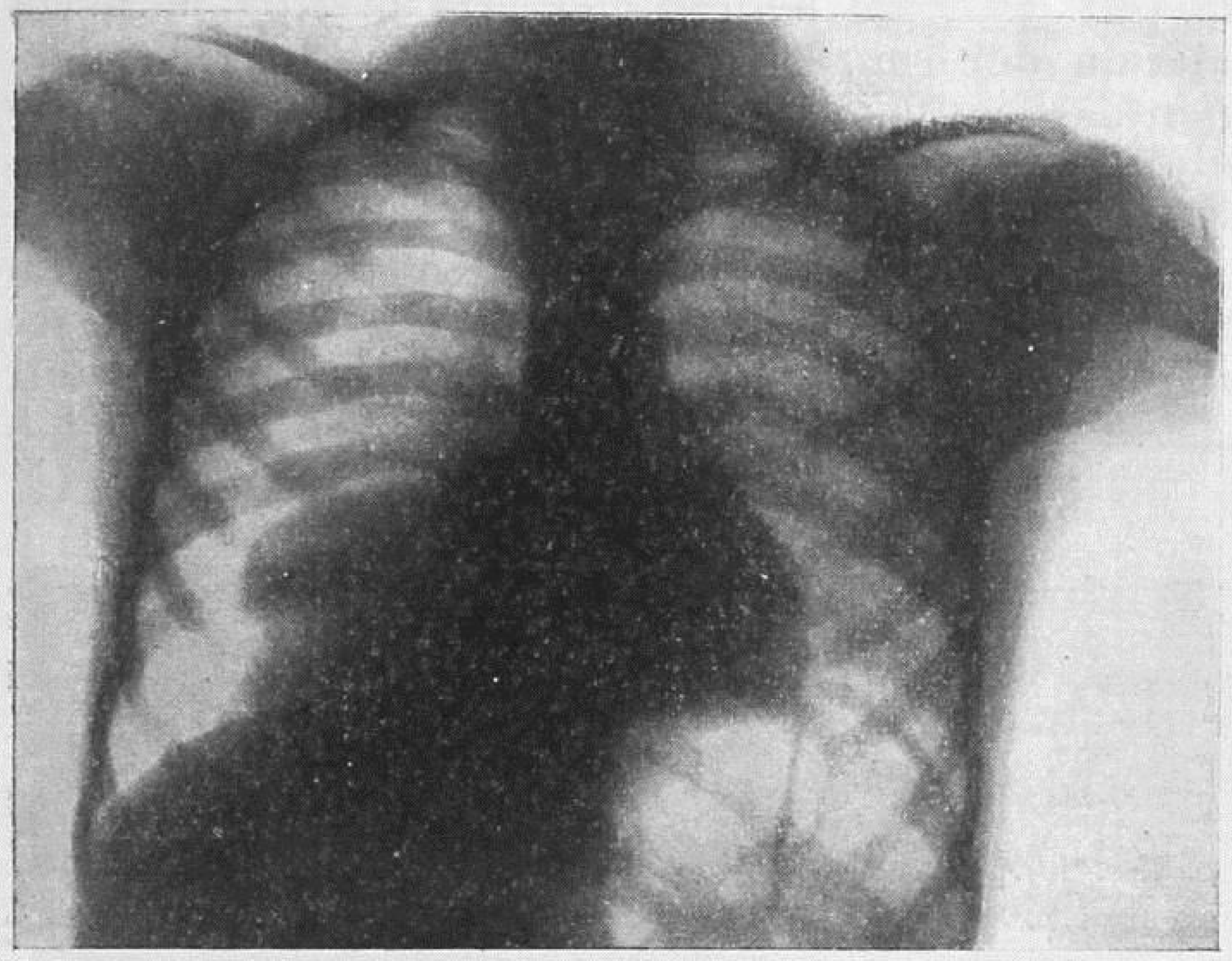


FIG. 2. (24-5-33).

Pnt. destro a tutto spessore. L'aria occupa la metà laterale del campo. Parziale aderenza alla base. Blocco a tipo pneumonico del lobo inferiore destro che è parzialmente compresso come il resto.

Alle ore sedici T. 39,2

Alle ventiquattro si ha temperatura di 36,9, P. 105, R. 38.

La mattina del 25, in quinta giornata di malattia, il paziente è sfebbrato 36,6, P. 100, R. 34.

Si procede a nuova introduzione di aria 400 cc., P.I. — 8, — 1, P.T. 0 + 3.

I cloruri nelle urine sono saliti al sei per mille. I globuli bianchi sono scesi a 12.500.

La temperatura il giorno venticinque e seguenti è normale.

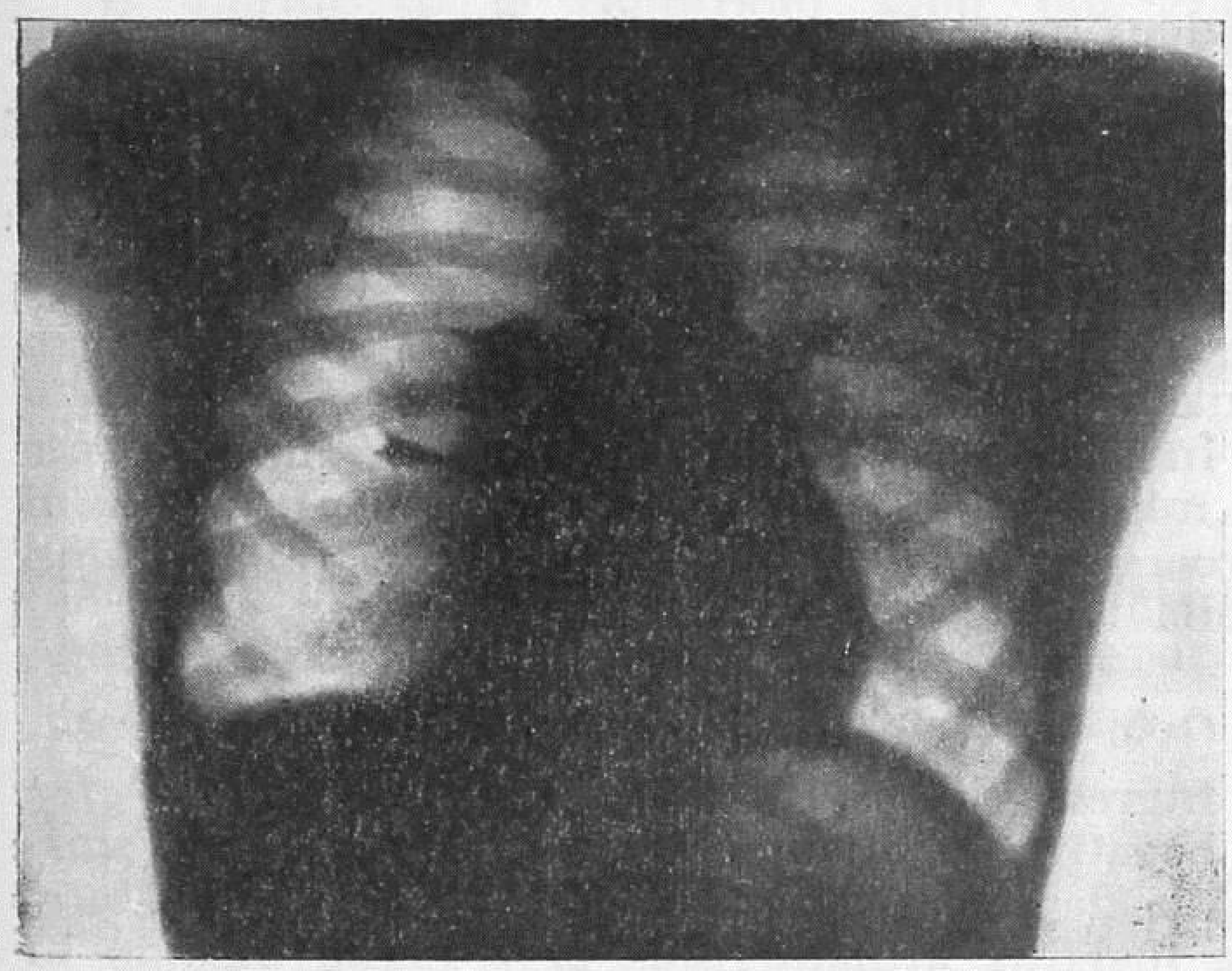


FIG. 3. (1-6-33).

Un nuovo esame radiografico eseguito il 29 maggio fa notare la presenza di pneumotorace parziale; il blocco pneumonico è quasi scomparso.

Il giorno trenta si nota una lieve ottusità della base e diminuzione del fvt. La sera la T. 37,7.

Il 31 il malato è in buone condizioni, però l'ottusità alla base destra è più evidente. Una puntura esplorativa praticata da esito a 5 cc. di liquido citrino limpido (Lucherini +++).

L'esame del sedimento dà: numerosi leucociti in prevalenza polinucleati.

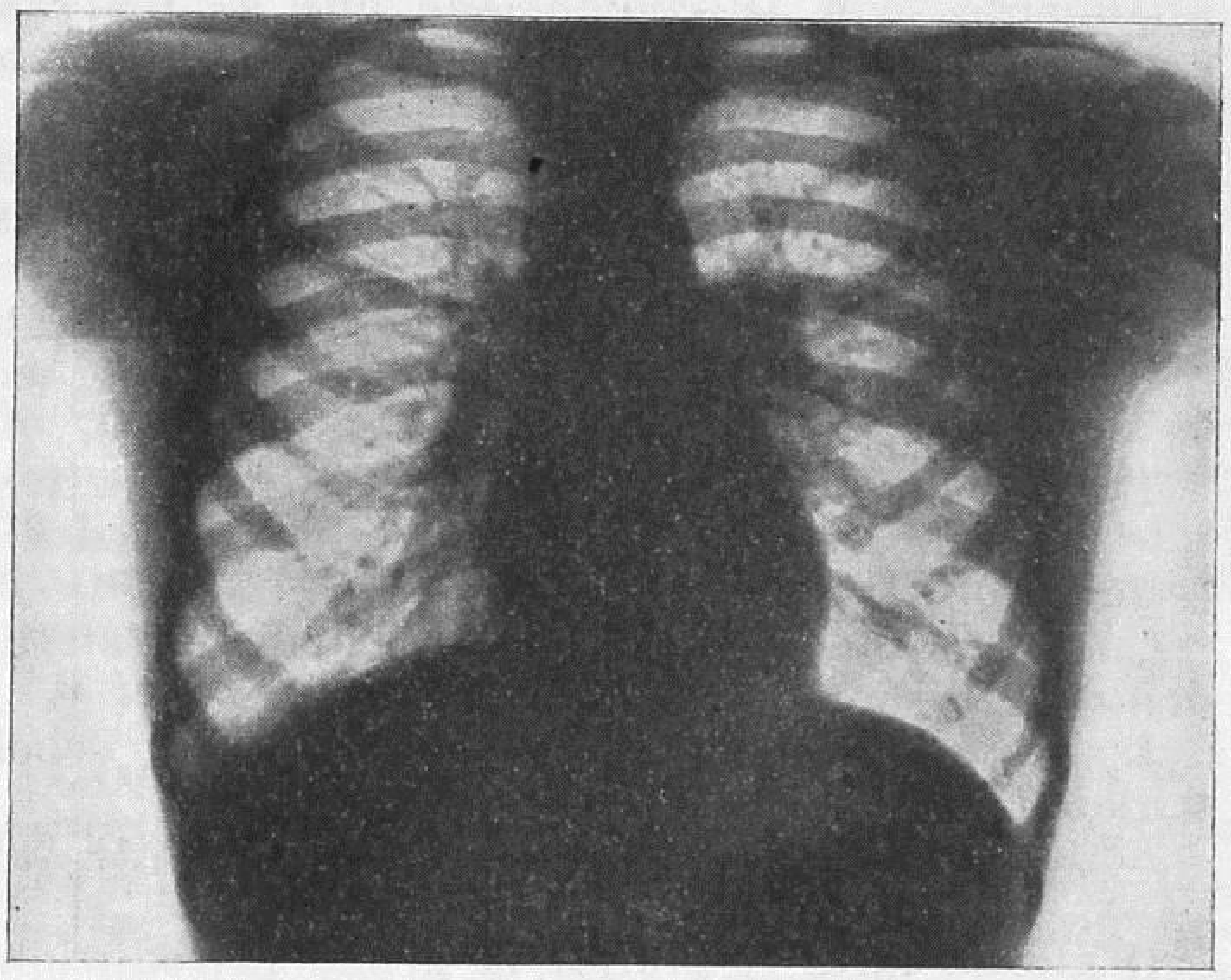


FIG. 4. (10-7-33).

Il primo giugno il quadro toracico si fa più importante.

Si osserva infatti l'aia cardiaca completamente coperta. Il cuore spostato a sinistra. Ipersonorità totale dell'emitorace destro ove si ascolta netto respiro anforico posteriormente ed anteriormente. Succussione ippocratica. Tali segni con ogni verosimiglianza devono essere attribuiti al formarsi di un Pnt. spontaneo.

La temperatura oscilla tra 37 e 37,7.

Una radiografia praticata il primo giugno dà: idropneumotorace destro con enorme camera d'aria.

Sino al sette giugno persiste immutato il quadro generale e locale.

Dopo il sette la temperatura comincia lentamente a scendere, le condizioni locali a migliorare, l'aria a diminuire ed il liquido a riassorbirsi. Segni di idropneumotorace si notano ancora il 20 giugno.

In seguito va gradatamente migliorando ed il 3 luglio viene inviato in convalescenza. I segni di idropneumotorace sono scomparsi.

Il nove luglio però ritorna dal convalescenziario perchè ha temperatura oscillante tra 37,8 e 38,7. L'e. o. è negativo. Una radiografia del 10 luglio dà modico aumento della regione ilare sinistra, null'altro sul resto dell'ambito.

La cutireazione fortemente positiva. Sierodiagnosi per tifo e paratifi negativo.

Dopo il 15 le condizioni del paziente sono andate sempre migliorando ed è stato dimesso guarito ai primi di agosto.

Questo caso non ha tratto non solo nessun vantaggio dall'applicazione del Pnt., ma ha visto probabilmente per opera di questo prolungare la durata della malattia. Bisogna considerare però l'insorgenza del Pnt. spontaneo e lo svegliarsi di lesioni specifiche ghiandolari latenti.

D'altra parte il Pnt. non ha provocato quì nessuno dei fenomeni della crisi perchè questa si è manifestata in quinta giornata di malattia e cioè verosimilmente quando si sarebbe forse prodotta spontaneamente.

CASO III. — D. G. Domenico, di anni settanta, vetturino.

Entrato in corsia il giorno otto maggio.

Condizioni generali gravissime; ma per non derogare dal principio di praticare il metodo su malati così come capitavano l'abbiamo eseguito egualmente, con la convinzione che se un caso simile avesse avuto un esito favorevole, sarebbe stato indiscutibilmente dimostrativo.

Le condizioni del paziente non permettono di raccogliere notizie anamnestiche. Dai parenti, si sa che è ammalato da tre giorni.

E. O.: condizioni generali molto gravi. Stato delirante. Cianosi intensa. Lingua impaniata secca. T. 39, P. 130 aritmico, R. 42 superficiale.

Torace: svasato in basso. Base destra poco mobile, sinistra immobile. A. S. in base ottusità e respiro soffiante.

Cuore: punta sesto spazio due cent. all'esterno dell'emiclaveare.

A destra a cm. 2 dalla marginale. Toni deboli lontani. Azione aritmica.

Addome: poco trattabile. Fegato a due dita dall'arco. Milza si palpa all'arco.

Il giorno nove si pratica la prima introduzione a s. P.I. — 4 + 1 350 cc., P.T. — 0 + 4.

Le condizioni generali non migliorano, permane lo stato grave ed il delirio; si praticano iniezioni eccitanti che non regolarizzano il cuore.

Il 10 si pratica un secondo rifornimento alle ore 8,30 di 600 cc.

P.I. — 8 — 3, P.T. — 4 + 2. Nessun miglioramento.

Il paziente è deceduto alle ore venti dello stesso giorno.

L'autopsia dà il seguente referto: polmonite del lobo inferiore sinistro; ipertrofia di cuore; Modico tumore di milza.

In questo caso non si può dire di aver avuto alcun miglioramento delle condizioni del malato. Bisogna però ammettere che il metodo, malgrado le gravissime condizioni del malato, è stato tollerato dal paziente senza un aggravamento che, dato lo stato del malato, era facile aspettarsi.

CASO IV. — Serr. Filippo, di anni 58, entra in ospedale il 25 giugno 1933.

Nulla nel gentilizio. Nessuna malattia importante. A 43 anni polmonite.

La malattia attuale risale al 25 giugno, quando, in pieno benessere, fu assalito da febbre preceduta da brivido, tosse secca senza escreato, e dolore all'emitorace destro.

L'E. O. dà: condizioni generali gravi. Colorito cianotico. Dispnea. Sensorio obnubilato, lingua impaniata.

Torace: La base sinistra mobile. La destra immobile: ottusità netta dall'angolo della scapola in basso a destra. Alla ascoltazione respiro soffiante e gruppo di sfregamenti alla base destra sull'ascellare.

Cuore: nulla. P. 135, T. 40,2, R. 46.

La mattina del 27 T. 40, P. 124, R. 46. Comparsa di espettorato ematico.

Si pratica una prima introduzione di aria filtrata alle ore 9,30. La pressione iniziale è di — 4 + 1. Si incontra una notevole difficoltà all'entrata dell'aria, che in piccola quantità raggiunge valori positivi al manometro.

Tuttavia si riesce ad introdurre 400 cc. con pressione terminale fortemente positiva.

In questo caso un quarto d'ora dopo l'introduzione si ha l'impressione che le condizioni generali siano nettamente migliorate sia obiettivamente che subiettivamente. Il paziente respira meglio e afferma di non aver più dolori.

Un esame radiografico eseguito lo stesso giorno dà pnt. parziale a destra. L'aria occupa la parte laterale del campo per circa due dita irregolarmente. Segni di blocco a tipo pneumonico che occupa tutto il campo polmonare inferiore.

Il giorno 28 si trova T. 38,5, P. 92, R. 38.

Si pratica nuova introduzione di 350 cc. La pressione iniziale di 0 + 5. La terminale fortemente positiva. Per tutta la giornata le condizioni si mantengono stazionarie. La T. oscilla tra 38,5 e 39,7.

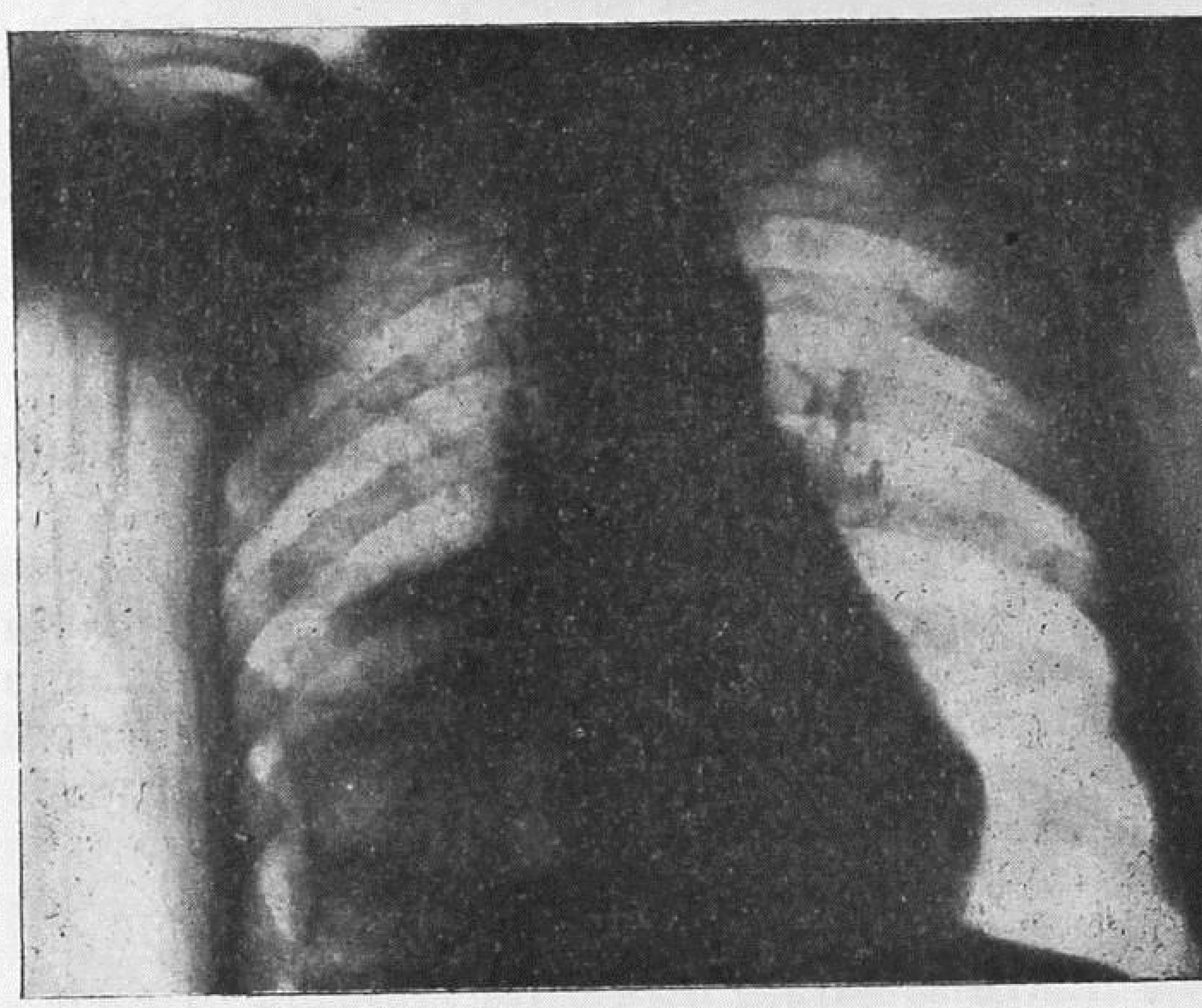


FIG. 5. (27-6-33).

Il giorno 29 a mattina T. 39. Una terza introduzione di 250 cc. con pressione terminale fortemente positiva. Le condizioni restano immutate. Eccettuato il miglioramento soggettivo.

Il giorno 30 T. m. di 38, minima di 37. Le condizioni generali sono migliorate.

Il giorno dopo si ha un nuovo rialzo termico che raggiunge i 39. Nei giorni seguenti la temperatura cede per lisi. Una lastra eseguita il 10 del mese dimostra lieve strato di aria disposto lungo la parete laterale. Blocco pneumonico del lobo inferiore in via di riassorbimento. Il paziente è dimesso guarito il 22.

In questo caso è stato rilevabile semplicemente il miglioramento subiettivo del paziente perchè il decorso non ha subito modificazioni apprezzabili dalla terapia applicata.

CASO V. — S. Giulio, di anni 29, lattaio.

Ingresso in ospedale il 10 luglio.

Negativa la anamnesi famigliare. Nessuna malattia degna di nota. Modico bevitore e fumatore. La malattia attuale risale al 7 luglio quando fu preso da brividi di freddo, cefalea, dolori puntori alla base dell'emitorace destro e febbre alta.

E. O.: condizioni generali discrete, sensorio integro. Nutrizione buona.

T. 40,3, P. 124, R. 44.

Torace: a destra non si espande. Apici ad uguale altezza. Ottusità netta a destra dall'angolo della scapola in basso. Aumento del fremito V. T.

Respiro soffiante all'ascoltazione, con qualche sfregamento. Assenza di glandole.

Cuore: nulla.

Addome: poco trattabile specialmente nei quadranti di destra.

Il paziente entra in ospedale la sera del 10 in quarta giornata di malattia. La mattina seguente le condizioni permangono gravi.

T. 39,5, P. 124, R. 40. Il paziente avverte forti dolori all'emitorace destro. Alle ore 9 si pratica pnt. destro, P.I. — 6 + 1, 400 cc. Pressione terminale — 2 + 5.

Il paziente subito dopo l'introduzione afferma

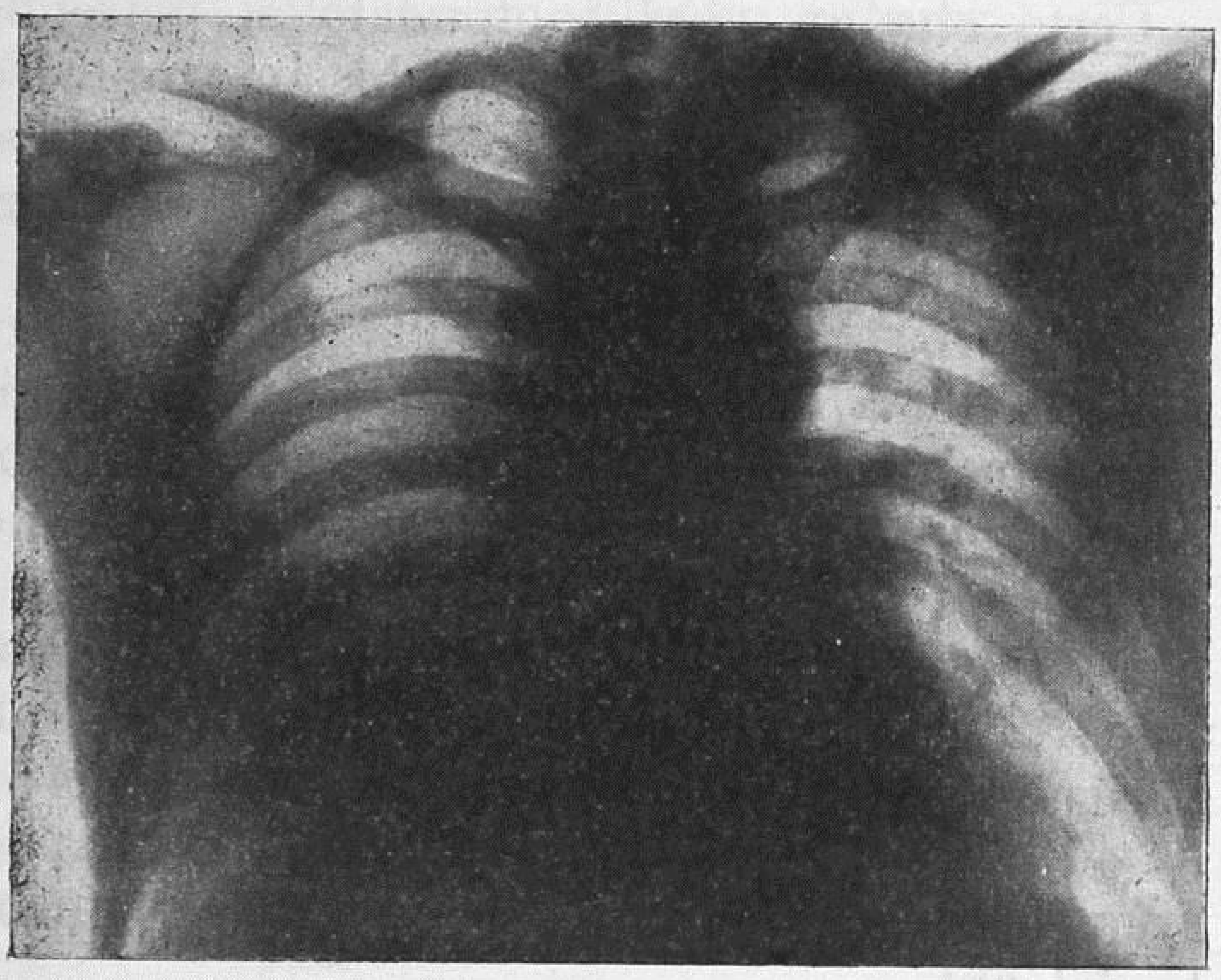


FIG. 6. (12-7-33).

di sentirsi meglio e non avverte più il dolore a destra.

La temperatura alle ore 12 è di 38,6, il polso permane frequente molle.

Una radiografia praticata lo stesso giorno dà: blocco tipo pneumonico alla base destra. Al disopra del diaframma si nota un arco semiluna più oscuro riferibile a presenza di aria.

Il giorno 12 le condizioni sono più gravi. Dispnea intensa. Cianosi. Polso frequentissimo molle. Delirio: in queste condizioni si pratica la nuova introduzione di 400 cc. di aria. Pressione terminale + 4.

Le condizioni generali non migliorano affatto. Si ha aumento della cianosi, comparsa di rantolo tracheale e sia ha l'obitus lo stesso giorno alle ore 20.

Nello stesso periodo di tempo abbiamo curato con i soliti metodi altri cinque malati nei quali inoltre è stata praticata iniezione di 20 cc. di gluconato di calcio, 10 la mattina e 10 la sera.

CASO I. — B. Camillo, anni 60. Ingresso 11 maggio. Inizio della malattia il giorno 9 maggio. Diagnosi di polmonite lobare destra controllata radiologicamente. Si ha aggravamento progressivo del paziente con obitus il giorno 16 maggio, malgrado i mezzi terapeutici impiegati e l'assenza di lesioni in altri organi.

CASO II. — E. Eugenio, di anni 46. Ingresso, 2 luglio 1933. Nulla nel gentilizio. Si è ammalato improvvisamente il 29 giugno con febbre alta e dolore puntorio all'emitorace destro.

Presenta condizioni generali molto gravi. Notevole stato di agitazione. Delirio. Cianosi dei pomelli e delle mucose visibili.

Lingua arida e screpolata, T. 39,5, P. 128, R. 44.

Torace: riduzione di suono alla base destra, aumento del fvt., all'ascoltazione respiro soffiante, gruppo di rantolini crepitanti. A sinistra nulla.

Cuore: nulla. Addome meteorico poco trattabile.

Sistema nervoso: fini tremori delle mani e dei muscoli mimici. Riflessi cutanei e tendinei presenti. Non si provocano gli addominali. Stato di delirio.

Comparse di espettorato ematico.

Il trattamento, che si inizia in quarta giornata in condizioni notevolmente gravi consiste in iniezioni di calcio mattina e sera. Il paziente si mantiene in condizioni gravi fino al nono giorno quando la temperatura comincia a cedere e nella undicesima giornata si ha la crisi definitiva.

Il paziente esce guarito il 23 del mese.

CASO III. — C. Alfredo, di anni 42. Entra nell'ospedale l'8 luglio. Nulla nel gentilizio. Nulla nell'infanzia. Durante il 1915 affezione reumatica per cui fu riformato per residuate lesioni cardiache. Il giorno 6 in pieno benessere è stato preso da febbre alta, dolori all'emitorace destro, tosse. Il giorno seguente le condizioni erano stazionarie, febbre elevata; vomito, comparsa di espettorato emorragico. Alvo stitico. Urine cariche. Entra nell'ospedale il giorno 8.

E. O.: condizioni generali gravi. Sensorio integro. Erpete labiale a sinistra, lingua patinosa secca.

Polso 118, T. 39, R. 42.

Torace: ottusità alla base destra. Aumento del fvt. Respiro soffiante all'ascoltazione.

A sinistra nulla. Cuore nulla.

Si inizia il trattamento con iniezioni di Ca. mattina e sera.

Il giorno 9 comparsa di rantoli crepitanti. Le condizioni permangono invariate fino alla settima giornata, quando si ha caduta della febbre per crisi. In una giornata si ha un nuovo rialzo termico che cede poi gradatamente nei giorni successivi. Esce guarito il 29 del mese.

CASO IV. — T. Ulderico, anni 36. Ingresso 6 maggio 1933.

È stato dimesso dall'ospedale il 3 giugno 1932 con diagnosi di glomerulo nefrite cronica per la quale era stato degente circa due mesi. L'azotemia oscillava tra 1 e 1,05, pressione 160, 90.

Nel giorno 5 maggio 1933 in pieno benessere fu colpito da febbre elevata preceduta da brivido. Vomito e cefalea.

E. O.: condizioni di media gravezza, sensorio integro, polso 120 lievemente iperteso, ritmico.

Torace: riduzione di suono in alto a destra con rinforzo del fremito, respiro bronchiale e qualche sfregamento; a s. nulla.

Cuore: punta al margine superiore della quinta c. 1 cm. all'infuori della emiclaveare. Itto diffuso debole. Aia cardiaca due dita al secondo spazio, 3 dita al 3° spazio a destra ad 1 cm. dalla marginale. Primo tono oscuro alla punta. Toni rinforzati alla base. Addome nulla. Si pratica la terapia solita.

Le condizioni permangono gravi. Il giorno 10 si ha l'obitus. L'esame delle urine faceva notare la presenza di albumina, qualche emazia e frammenti di cilindro.

CASO V. — B. Fausto, anni 34. Ingresso il 5 maggio. Nulla nel gentilizio. Nel 17 contrasse in zona di guerra affezione febbrile con dolori articolari che durò con brevi remissioni per circa tre anni. Nel 1920 fu inviato in congedo con diagnosi di stenosi e insufficienza mitralica. Nel 18 ebbe polmonite. Il 25 aprile in condizioni di benessere ebbe dolore puntorio all'emitorace destro e febbre alta.

Da 4 giorni espettorato emorragico.

E. O.: condizioni generali discrete, sensorio integro.

Torace: base destra poco espansibile. Suono ridotto alla percussione. Rantoli fini in ed espiratori. Lieve soffio.

A sinistra qualche sibilo.

Cuore: punta al sesto spazio, 1 cm. all'esterno dell'emiclaveare. Bozza di Grocco a destra ad 1 cm. dalla marginale.

Primo tono alla punta preceduto da lieve rumore e seguito da intenso rumore di soffio. Secondo alla base bipartito. Sul focolare aortico lieve rumore sistolico.

Addome nulla. Si inizia il solito trattamento. Il paziente guarisce per crisi in 11ª giornata il 6 maggio e viene dimesso guarito il 10 dello stesso mese.

CONSIDERAZIONI.

In ambedue i gruppi di malati abbiamo avuto tre guarigioni e due esiti infausti.

Dall'esame dei casi trattati col pnt. si può dire senza dubbio che l'effetto terapeutico è innegabile, perchè in tutti i casi trattati, anche in quelli terminati con la morte, il pnt. ha portato un evidente miglioramento dei sintomi subbiettivi e obbiettivi. In un caso, il primo, si è avuta la crisi in 3ª giornata di malattia in condizioni generali molto gravi. Nel secondo caso invece, pur presentando un lieve miglioramento subbiettivo, è stata sicuramente protratta la durata della malattia, sia per insorgenza del pneumotorace spontaneo che per il formarsi di versamento pleurico.

Nel terzo caso le condizioni gravi, l'età, sconsigliavano qualunque intervento. Però bisogna notare che se il quadro morboso non è stato influenzato in senso favorevole, non è stato nemmeno aggravato dall'intervento terapeutico.

Nel quarto caso il miglioramento è stato sopratutto subbiettivo perchè il paziente dopo la prima introduzione affermava di sentirsi molto meglio.

Il quinto caso infine, per le condizioni molto gravi del malato e per il fatto che non si è potuto stabilire un vero pnt., perchè si è avuto la disposizione dell'aria in piccola quantità al di sopra del diaframma, senza determinare nemmeno un parziale distacco delle superfici pleuriche, non può avere un valore assoluto contro il metodo.

In generale si ha l'impressione di essere in possesso di un mezzo notevolmente efficace, per cui la malattia può venire attenuata come intensità e come decorso, per quanto si debba tener presente che il decorso della polmonite è spontaneamente a volte così irregolare che non si può affermare che una modificazione nel decorso abituale o che una crisi precoce sia dovuto al metodo adoperato. Quello che ci è parso costante è il miglioramento soggettivo dei malati e la facilità con cui, contrariamente a quanto si penserebbe, sopportano la introduzione di aria.

Certo che un giudizio fondato si potrebbe dare dopo aver curato un larghissimo numero di casi, cosa tutt'altro che facile ad ottenersi con una terapia come questa che esige speciali condizioni di applicazione.

La storia della terapia della polmonite ci insegna che i metodi a volta a volta proposti, basati anche su numerose osservazioni favorevoli, dopo un periodo di entusiasmo hanno finito con l'andare fuori uso.

Di fronte a qualche vantaggio dall'applicazione del pnt., bisogna considerare i possibili pericoli e cioè:

1) Idro e piopneumotorace, che si può avere nella polmonite anche indipendentemente dal pnt.

2) Pnt. spontaneo come nel nostro secondo caso.

3) Possibilità di collasso cardiaco, come in un caso di Coghlan.

4) Schoc pleurico.

5) L'embolo.

Il meccanismo di azione è soggetto a discussione. L'idea di Coghlan che il pnt. blocchi in un certo modo tossine e germi nel polmone, impendendone la diffusione in circolo è poco persuasiva per il fatto che la polmonite è piuttosto una malattia generale che locale.

Più verosimile è l'idea che la separazione dei foglietti pleurici, diminuendo e anche abolendo il dolore faciliti la respirazione. Però la caduta della temperatura, la sudorazione, l'aumento dei cloruri urinari, la diminuzione dei leucociti, son tutti fatti che fanno ammettere piuttosto una azione generale analoga alla crisi vera e non bene spiegabile, come questa, se non con ipotesi di ordine generale.

Dal punto di vista pratico è importante tener presente la possibilità di applicazione terapeutica in casi di individui non vecchi, senza tale circolatorie e nei primi quattro, cinque giorni di malattia. D'altra parte però la delicatezza del metodo, l'esigenza di un ambiente adatto, e di un personale tecnicamente capace, e inoltre la incostanza dei risultati, il sommarsi delle complicazioni possibili del pnt. a quelle non prevedibili della polmonite

consigliano ad andare molto adagio nei tentativi di applicazione di questo metodo.

A. Abrahams nel riferire, su questo argomento, le considerazioni e le idee che gli hanno suggerito l'osservazione di 558 casi di polmonite, conclude amaramente in questa maniera: « Si dice che un medico inglese interrogato in che cosa consistesse il trattamento della polmonite, abbia risposto: fede, speranza e carità.

« Fede nella *vis medicatrix naturae*.

« Speranza nell'assenza di complicazioni.

« Carità verso coloro che non la pensano come noi ».

RIASSUNTO.

L'A. presenta dieci casi di polmonite di cui cinque curati col pnt. artificiale e cinque con i metodi usuali. I risultati di ambo i gruppi sono stati uguali; ma la delicatezza del metodo e le difficoltà di esso, consigliano una prudentissima applicazione dello stesso pur facendo ritenere che il pnt. costituisca nelle polmoniti un'arma efficace di cui bisogna saggiare le eventuali possibilità.

BIBLIOGRAFIA.

COGHLAN J. J. The Lancet, 222, 13-17-1932.
JAHR e NEUMANN. Klin. Woch., 9. n. 47, 1930.
HANAU G. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, febbraio 1932.
K. H. LI. The Chinese Medical Journal, settembre 1932.
FILIPPINI. Policlinico, Sez. Pr., n. 11 1933.
S. PERFLOTH e M. TOPERCER. Wiener Klin. Woch., 2 dicembre 1932.
A. ABRAHAMS. The Practitioner, marzo 1931.



# OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE S. MARIA DEL PRATO - FELTRE.

## Sull'infarto cardiaco a sintomatologia addominale.

Prof. MODESTO DALLA PALMA, prim. medico.

Il 9 gennaio 1933 veniva ricoverato nel Reparto Medico, Antonio S., contadino, di anni 45, del Comune di Feltre. Egli deponeva di aver vissuto sempre regolato, bevendo modicamente salvo qualche eccesso domenicale e fumando in modo altrettanto moderato. Senza nulla di notevole nel campo famigliare, egli aveva a 20 anni sofferto di disturbi gastrici di tipo ipercloridrico e a 30 anni circa durante il periodo dell'invasione era stato affetto per la durata di circa due mesi da ittero, decorso senza febbre e senza dolori, di natura probabilmente catarrale.

Depone di aver sofferto 5 o 6 anni fa per qualche tempo dei disturbi dolorosi addominali di natura mal precisabile, per i quali ad ogni modo nè smise le sue occupazioni, nè pensò ricorrere al consiglio dei medici. Poi sempre bene fino alla mattina dell'ingresso, in perfetta efficenza anche per i lavori spesso gravosi del contadino.

Riferisce che quella mattina mentre attendeva come il solito al suo lavoro in campagna, all'infuori di qualsiasi eccesso di sforzo o di altra causa scatenante, è stato colto all'improvviso da un dolore violento, acuto, trafittivo alla base anteriore dell'emitorace di sinistra e al quadrante superiore addominale dello stesso lato. Tale dolore anzi che cedere è persistito nella sua violenza tanto da costringerlo prima a sdraiarsi a terra in preda a viva angoscia, poi a farsi accompagnare a casa dai fratelli ed infine a farsi dopo un paio d'ore trasportare all'Ospedale. Questo dolore sempre egualmente violento non aveva alcun ritmo respiratorio e dalle zone sopra descritte si irradiava a tutto il resto dell'addome ma anche verso la spalla di sinistra.

Al momento dell'ingresso, l'esame obbiettivo era il seguente: soggetto a costituzione nettamente brachitipo in perfetto stato di nutrizione, subcianotico con sclere iniettate e tenuemente giallognole, in preda a vivi dolori per i quali ansimante ed inquieto si contorce nel letto in cerca di una posizione che gli dia sollievo. Respiro superficiale non accompagnato da tosse o da catarro. Polso frequente (106) discretamente valido, ritmico. Pressione arteriosa 150-90, apirettico, non vomito nè conati di vomito. Nulla di particolarmente notevole all'esame dell'apparato respiratorio se si eccettua un modico grado di enfisema. All'apparato circolatorio: itto della punta non visibile nè palpabile; colla percussione si constata un discreto aumento dei diametri. Infatti la punta batte nel 5° spazio sull'emiclaveare e col metodo Orsi-Grocco il limite destro arriva ad un dito oltre alla marginale destra dello sterno e il tratto trasversale a 3 dita sulla terza costa di sinistra. All'ascoltazione: toni frequenti un po' cupi e lontani, ritmici; nessun rumore di soffio.

Addome disteso, senza traccie di versamento nelle parti declivi e senza segni di vera difesa muscolare.

Data l'intensità del dolore e l'incertezza del quadro che di primo acchito poteva, più che a fatti

peritonitici far pensare ad un attacco anginoso o ancor più, dato lo stato di agitazione, ad una colica renale sinistra, si prescrisse della morfina in attesa di elementi chiarificatori del quadro morbose.

Dopo 5 ore la fenomenologia dolorosa era non solo scarsamente diminuita ma per di più, fatto nuovo e altamente interessante, la pressione un po' forte e profonda dell'ipocondrio di sinistra di tutta la base dell'emitorace di S. provocava una accentuazione del dolore spontaneo, dolorabilità alla pressione che si andò nei giorni successivi progressivamente accentuando. Perfettamente indolore rimaneva e rimase invece la pressione della parte posteriore dello stesso emitorace, della regione lombare e del fianco di S.

Nessun dolore lungo il decorso dell'uretere e alla palpazione dei punti colecisto-duodenale e appendicolare. D'altra parte andava sempre più delineandosi il quadro di un grave collasso circolatorio per la frequenza e più ancora per la vacuità del polso. L'espressione del volto particolarmente sofferente; persisteva anche lo stato di inquietudine e di angoscia dolorosa; l'orinazione era stata possibile senza particolare dolore mentre l'alvo rimaneva chiuso e meteorico.

L'esame delle orine emesse dava di interessante solo traccie indosabili di albumina e qualche raro leucocita nel sedimento, mentre, come per altri elementi patologici, così per il sangue la ricerca chimica microscopica dava esito negativo.

La notte trascorse sempre agitata e in preda a dolori e a dispnea. La mattina del giorno seguente (10 gennaio 1933) le condizioni generali si erano progressivamente aggravate; persisteva per quanto meno vivo il dolore alla base anteriore di S., all'ipocondrio dello stesso lato con reazione dolorosa alla palpazione; polso 110 sfuggente, cianosi elevata, non vomito, numerosi rantoli fini alle basi polmonari senza netta differenza di lato; non febbre, emissione di gas dal retto, ma non di feci. Praticato invece un clistere evacuativo si ottennero poche feci di aspetto perfettamente normale.

Il giorno 11-I-1933 persistenza invariata del quadro obbiettivo con aumento dei fatti umidi alle basi. L'ascoltazione più accurata e più attenta non ha mai potuto cogliere (e questo neppure in tutto il successivo decorso), alcun rumore di sfregamento, mentre invece i diametri cardiaci rimanevano aumentati e i toni si erano fatti più lontani e più deboli. P. A. 125-90.

Il 12-I-1933 un nuovo esame delle orine dimostrava la persistenza e anzi un leggero aumento dell'albuminuria. Lo stato di insufficienza circolatoria permaneva in tutta la sua gravità, tanto da dare in questo giorno 90-70 di P. A.

La temperatura rimasta fino a questo giorno assente toccava alla sera il 37°,5, il 38°,2 in 5ª giornata, il 38°,7 in 6ª, il 38°,8 in 8ª per rientrare e rimanere dalla 10ª giornata fino alla 21ª attorno ai 37°,5 mentre il dolore andava progressivamente attenuandosi e localizzandosi con preferenza alla regione sottocardiaca; l'alvo si era aperto con scariche spontanee di aspetto normale, pressochè quotidiane.

Stabile invece, dopo una breve scarsa ripresa sotto l'uso del digitale, era rimasta l'insufficienza cardiaca, stabili ed anzi in aumento i fatti fini polmonari a cui si erano aggiunti numerosi rantoli a grosse bolle di tipo bronchiale con espettorato prima mucoso, poi purulento, qualche volta saltuariamente emorragico.

Il 24-I-1933 e cioè in 15ª giornata di malattia insorgeva, senza fenomeni di ictus e con scarsa partecipazione psichica, una emiparesi S. rimasta poi pressochè stabile. Il 25-I-1933 l'ascoltazione cardiaca cominciò a lasciar avvertire un soffio breve, dolce, sistolico mesocardico mentre sempre rimase, come si disse, negativo il reperto dei rumori di sfregamento.

Le condizioni del paziente rimaste ad obbiettività pressochè invariata (se si eccettua un lieve debordamento del fegato) fino al 29-I-1933, subirono da allora un nuovo peggioramento per cui con polso frequentissimo (150) e toni frequenti, a ritmo embriocardico, con aumento della dispnea, il giorno 2-II-1933, in 23ª giornata di malattia e preceduta da due giorni di rialzo termico fino ai 38°,5, il paziente veniva a morte, passando al tavolo anatomico con la diagnosi di *infarto cardiaco, embolia cerebrale con emiparesi S. Edema polmonare.*

Le ricerche eseguite durante il decorso diedero, oltre all'albuminuria con alto peso specifico e con qualche cilindro ialino, la negatività della reazione di Wassermann, le cifre pressorie sopra riferite, e una leucocitosi di 13.600 in 5ª giornata.

Coll'inizio e colla sintomatologia delle prime ore le diagnosi che all'ingresso, pur presenti altre possibilità (perforazione gastro duodenale, colica epatica, occlusione intestinale, necrosi acuta del pancreas) sembravano più probabili erano quelle di angina di petto e di colica renale S.

Contro la prima in verità deponeva, oltre alla sede bassa dell'insorgenza dei dolori (che sogliono invece essere nella stenocardia mediani e resternali) e alla dolorabilità alla pressione, sopratutto lo stato di agitazione motoria cui il malato era in preda, mentre è noto che l'angina di petto immobilizza sotto l'accesso, di solito fugace o letale, il paziente, che in uno stato di angoscia indescrivibile pallido, sudorante, cogli occhi sbarrati attende da altri il sollievo che ha appena forza di chiedere.

Contro la colica renale deponeva l'anomala parziale irradiazione dolorosa verso la spalla mentre mancava quella verso l'arto inferiore e quella più tipica verso l'inguine e l'uretere e la uretra; deponeva inoltre la localizzazione e la accentuazione pressoria tutta anteriore del dolore.

Era necessario quindi che il decorso o fatti nuovi portassero maggior luce. Così solo dopo poche ore la sindrome dolorosa rimasta invariata e la urinazione senza reazione o disturbi ci avevano già permesso di scartare con ogni probabilità sia la colica renale che l'*angor pectoris* semplice e di enunciare (pur in attesa di conferma dal decorso e pur con

qualche riserva per altre forme) la diagnosi di infarto cardiaco.

Massima prudenza occorreva nel caso nostro per escludere forme addominali acute dato lo stato di collasso circolatorio e il dolore epigastrico e ipocondriaco.

Contro la peritonite da perforazione ci sembrava deporre il fatto che la facies, pur ansiosa e sofferente, non assumeva il tipico affilamento ipocratico, nè la lingua si era fatta arida, nè erano comparsi il vomito e la nausea; per di più la pressione addominale pur provocando vivo dolore non incontrava una netta difesa muscolare. Contro la colica epatica, da tener presente per il pregresso ittero, per il colorito subitterico, per l'apiressia, stava la sede prevalentemente sinistra del dolore e delle sue irradiazioni. La occlusione intestinale acuta da volvolo, da briglie, da invaginamento, pur senza certezza, ci sembravano escludibili anzitutto per la dolorabilità così viva alla pressione sottocardiaca oltre che ipocondriaca e poi per il netto prevalere, col passare delle ore, dei fenomeni circolatori, rispondenti al quadro di un grave collasso cardiaco sui disturbi gastro-intestinali.

Troppo violenta era la reazione dolorosa e la ripercussione generale (sopratutto completamente apirettica) per pensare che una pleurite o una pericardite semplice iniziante potesse, sia pure in soggetto iperestesico, spiegare il quadro.

A 24 ore dall'inizio, per il persistere della fenomenologia iniziale dolorosa, per l'assenza di fatti nuovi, per l'accentuazione del collasso circolatorio, per l'aspetto normale della scarica sia pur provocata, andavano sempre più perdendo terreno le probabilità di affezioni addominali e (pur sempre in attesa di conferma o smentita dal decorso) maggiormente si consolidava l'idea dell'infarto cardiaco, diagnosi che trovava conferma in ogni giorno che passava senza che il quadro peritoneale assumesse entità e senza che una supposta necrosi acuta del pancreas trovasse pure conferma nel decorso e negli esami di laboratorio. Oltre a questi argomenti negativi ci parve che in senso positivo dovessero, sopratutto per la loro bilateralità portare conferma i fatti ascoltatori alle basi polmonari, l'invincibile insufficienza cardiaca, ribelle ai copiosi analettici e cardiotonici posti in gioco e sopratutto la leucocitosi e la modica reazione febbrile comparsa in 4ª giornata conforme al decorso della maggior parte dei casi descritti. Per quanto l'attenzione fosse di proposito costantemente rivolta alla ricerca del sintomo e per quanto il controllo necroscopico, come vedremo avesse poi posto in evidenza una zona di pericardite fibro-adesiva anteriore, mai fu, come si disse, possibile la percezione di sfregamenti pericardici. Il fatto che gli sfregamenti secondo la maggior parte degli autori (Frugoni) solo in una piccola parte (15-30 %) dei casi sono percepibili clinicamente e che nel nostro caso il notevole spessore delle pareti da un lato, il modico enfisema marginale dall'altro, uniti alla debilità dei moti cardiaci potevano renderne, anche se presenti, difficile l'apprezzamento, ci parve giustificazione possibile e sufficiente della loro mancanza all'indagine clinica.

Conferma ancora maggiore credemmo di trovare nella improvvisa insorgenza in 15ª giornata della emiparesi S. all'infuori di ogni fenomeno di ictus e tanto meno di coma. Infatti coll'esclusione della trombosi e della emorragia cerebrale per ovvi motivi, credemmo interpretabile il fatto come nuova espressione embolica della stessa causa.

Pensammo cioè (e vedremo a torto) che come l'embolia cerebrale così anche l'infarto cardiaco che avea provocato una così stabile insufficienza del ventricolo S. dovessero esser ricondotti alla stessa causa: arteriosclerosi dell'aorta ascendente ed occlusione embolica della coronaria di S. prima, di un'arteria cerebrale poi. Non valeva in modo assoluto contro questa interpretazione la mancanza di soffi aspri sistolici aortici o di rinforzo del II tono aortico, data l'insorgenza dell'improvviso grave deficit circolatorio e pressorio.

*L'autopsia* eseguita il 3-II-1933, brevemente riassunta, dimostrò infatti quanto segue: Edema polmonare bilaterale con presenza di alcuni piccoli noduli di broncopolmonite della grandezza varia di una nocciola e di una noce nel polmone di D. Assenza di versamento nei cavi pleurici e nel cavo peritoneale; nulla di particolarmente notevole a carico dell'addome, se si eccettua un modico aumento di volume per iperemia passiva, del fegato e dei reni. (Si risparmia l'apertura della scatola cranica). Apparato circolatorio: pericardio normale nella superficie esterna. Aperto il sacco si nota che sulla parte inferiore della regione antero-laterale in corrispondenza della faccia anteriore del V. S. il pericardio parietale per l'estensione di 4-5 cm. è aderente all'epicardio, dal quale si riesce staccarlo con una certa difficoltà lasciando vedere al di sotto un aspetto biancastro rugoso per deposizione fibrinosa al centro, un aspetto fibrinoso-emorragico alla periferia che si presenta a contorni sfrangiati ma grossolanamente circolare. Il resto del pericardio è d'aspetto normale.

Cuore notevolmente aumentato di volume specie nella sezione di S., di consistenza presso che normale ovunque fuori che nella zona di reazione pe-

ricarditica, in corrispondenza della quale si nota una diminuzione di consistenza.

Aperto il ventricolo e l'orecchietta di S. si nota l'integrità dei pizzi valvolari aortici e mitralici; piccole ma numerose placche giallastre scarsamente sollevate all'inizio dell'arco aortico il quale non presenta però alcuna perdita di sostanza o erosione a carico dell'intima.

Sulla superficie interna della parete antero-esterna del ventricolo S. nella sua parte inferiore si nota la presenza di un grosso trombo parietale più esteso in superficie che in spessore tanto che arriva ed oltrepassa la regione della punta. Colla superficie esterna esso è tenacemente aderente all'endocardio mentre la superficie libera, di colorito roseo-scuro, è piuttosto irregolare. Il muscolo cardiaco tagliato a tutto spessore in corrispondenza della placca pericarditica si presenta di aspetto biancastro lardaceo al centro, biancastro con marezzature scure emorragiche verso la periferia e con una consistenza molto diminuita.

Ridotto globalmente di spessore esso nella superficie interna si continua intimamente con trombo parietale sopradescritto.

*Coronarie*: presso che normale il loro punto d'insorgenza; mentre però al taglio trasversale quella di D. si presenta discretamente elastica e molle, vuota di contenuto, quella di S. si presenta rigida e dura; mentre infine nella parte iniziale essa si presenta occupata da un coagulo cadaverico seguendone il decorso verso la periferia si nota che le sue diramazioni presentano il lume occupato in gran parte da un trombo organizzato, aderente, di colorito bianco-giallastro che ne occlude quasi completamente il lume.

Come abbiamo visto il reperto d'autopsia ha pienamente confermato la diagnosi clinica nella sua parte sostanziale mentre ha rettificato alcune ipotesi che decorso e obbiettività ci avevano indotti a ritenere probabili.

Mentre infatti, come abbiamo detto, prima della insorgenza della emiparesi S. pensavamo (e giustamente infatti!) in base allo studio della letteratura sull'argomento (che insegna ormai come circa l'80 % almeno dei casi sieno dovuti alla trombosi dei rami coronarici anche quando la mancanza di ogni precedente patimento circolatorio e l'insorgenza quanto mai brusca potrebbero far pensare alla natura embolica) che anche nel nostro malato l'infarto fosse di origine trombotica anche per l'assenza, al momento dell'ingresso, di ogni lesione endocardica o aortica, invece all'insorgere dell'emiparesi ci credemmo autorizzati a pensare che, come questa, anche l'infarto potesse esser dovuto a embolia con punto di partenza da placche ateromasiche dell'aorta ascendente.

L'autopsia dimostrò invece come fosse giusta la prima e più comune ipotesi e cioè l'origine trombotica su base di arteriosclerosi della coronaria di S. Infatti: nessuna ulcerazione dell'intima aortica pur in preda a iniziale compromissione arteriosclerotica, nessuna lesione valvolare dell'orificio mitralico o aortico e invece esteso trombo parietale endocardico, di natura recente date le sue caratteristiche anatomo-patologiche, e sicuramente effetto anzichè causa dell'occlusione coronarica e causa invece del soffio per l'impaccio dei pizzi valvolari che provocava col suo sviluppo. È noto infatti, come vedremo, che se è occluso uno dei rami superficiali viene generalmente anche per lesioni di scarsa entità compromesso per continuità il pericardio, donde la pericardite secca (pericardite epistenocardia di Sternberg), mentre invece nell'occlusione di rami più importanti, come nel caso in discussione, anche l'endocardio partecipa alla reazione infiammatoria.

Si ha allora in genere la formazione di un deposito trombotico che poi, favorito dalla insufficienza circolatoria, può progressivamente estendersi in spessore e in larghezza oltre alla zona corrispondente al focolaio di miomalacia.

Al distacco di frammenti dalla superficie del trombo endocardico è poi quasi sicuramente dovuta nel nostro caso l'embolia cerebrale così come in altri casi si può osservare una vera tempesta embolica nella milza, reni, ecc. e nelle arterie della periferia con conseguenza ora di infarto ora di gangrena (infarto a forma emboligena di Gallavardin e Destandan).

Più difficile era in vita l'interpretazione sicura della causa dell'aggravamento instauratosi nelle ultime 48 ore e caratterizzato da nuova e più elevata ripresa febbrile (38 ½) con accentuazione della dispnea, della cianosi e della frequenza (150) e piccolezza del polso, assumente in pieno il carattere embriocardico.

Infatti tale peggioramento, che finì per provocare la morte, poteva essere riferito o all'estensione per nuova localizzazione trombotica o embolica dell'infarto cardiaco o all'insorgere di nuove complicazioni extracardiache e più particolarmente polmonari.

D'altra parte era semeioticamente quasi impossibile in un apparato respiratorio già così compromesso da fatti di stasi e di edema subacuto individualizzare, almeno nelle prime fasi, la insorgenza di focolai broncopolmonari o di reazioni pleuriche. La necroscopia ad ogni modo dimostrò da un lato la mancanza di lesioni cardiache di recente istituzione, dall'altro la presenza di alcuni focolai sparsi di broncopolmonite sul polmone di S. sicuramente terminali.

La insorgenza tardiva poi del soffio sistolico al mesocardio e alla punta, che si credette di dover mettere in rapporto con fatti di

insufficienza relativa della mitrale per dilatazione cardiaca, al lume del reperto necroscopico va più esattamente interpretato come effetto del progressivo ingrandimento in superficie del trombo parietale endocardico. Questo infatti per quanto sviluppantesi prevalentemente verso la punta, pur tuttavia inserito fra i grossi muscoli papillari e i pilastri della valvola, doveva impacciare il gioco della mitrale, poichè se tutto fosse stato in rapporto a pura dilatazione miocardica il soffio doveva più logicamente insorgere nella prima fase di collasso circolatorio.

Così l'assenza del reperto clinico di sfregamenti pericardici nonostante la presenza di pericardite secca adesiva con localizzazione anteriore, va realmente imputata da un lato alla inanità della sistole cardiaca riducente l'estensione delle escursioni e l'intensità dei rumori, dall'altra allo spessore delle pareti toraciche e al modico enfisema marginale che imbottiva l'area cardiaca. In altri casi invece pericarditi secche pur presenti possono sfuggire all'indagine clinica per la loro localizzazione prevalentemente posteriore.

Ma il nostro caso ci sembra particolarmente interessante per le manifestazioni soggettive ed obbiettive addominali che lo hanno accompagnato e che potevano indurre in errori diagnostici con orientamenti terapeutici altamente dannosi.

Il dolore assai vivo all'epigastrio e all'ipocondrio S. più che in sede di punta del cuore, il meteorismo e la tensione delle pareti anteriori dell'addome, l'alvo chiuso nelle prime fasi e il tutto accompagnato da gravi fenomeni di collasso circolatorio avrebbero ben potuto far pensare all'insorgenza di peritonite acuta per fatti perforativi a carico dello stomaco e del duodeno o a necrosi acuta del pancreas, tanto più che la scarsa patologia precedente del malato era, come abbiamo narrato tutta a carico dell'apparato digerente e negativa invece per l'apparato circolatorio.

A interpretare il collasso cardiaco come primitivo anzichè come secondario a sindromi peritoneali acute e a orientarci prima in senso generico verso la sede sopradiaframmatica della lesione, e poi più specialmente verso quella di infarto cardiaco sono valsi (oltre all'assenza del vomito, del singhiozzo, della vera difesa muscolare, ecc.) sopratutto la viva dolorabilità alla pressione negli ultimi spazi intercostali sull'ascellare anteriore, sintomo che insorto fin dalla prima giornata, non trovava facile giustificazione per forme peritonitiche, e che invece, se presente anche in altri casi, ci sembra potrebbe assumere notevole peso nella diagnostica differenziale.

Dal momento che tale dolorabilità alla pressione, assente all'ingresso quando più viva era quella spontanea, si è andata instaurando dopo una decina di ore per accentuarsi nelle successive giornate, ci sembra che essa sia quasi sicuramente interpretabile, come esponente della reazione pericarditica che colla pressione viene ad aumentare per l'attrito fra i foglietti pericardici.

Il nostro caso rientra quindi in pieno nella forma cardiogastro-anginosa d'infarto che recentemente è stata descritta e che forse, a tipo più o meno netto, è meno rara di quanto si crede e che per la maggior difficoltà diagnostica e per le più gravi ripercussioni di errati orientamenti terapeutici assurge a grande importanza pratica.

Ancora completamente oscure sono invece le cause e le condizioni che danno questa impronta prevalentemente addominale alla sintomatologia dolorosa.

Scartata, come nel nostro caso, ogni lesione grossolana sottodiaframmatica sia a carico dell'aorta addominale che dei vari organi, furono avanzate varie ipotesi (Calabresi) per la spiegazione del fatto e alcuni pensano alla diffusione per contiguità della reazione pericarditica alla pleura diaframmatica o all'esofago, altri alla congestione epatica acuta per insufficienza cardiaca, altri infine più logicamente alla irradiazione del dolore lungo le vie nervose o per speciali connessioni anatomiche o per manifestazioni riflesse, così come spesso suole osservarsi nel corso di pneumoniti o pleuriti.

Ma più che tutto ci ha spinto a riferire il caso la dimostrazione della possibilità di diagnosi clinica di questo nuovo quadro anche all'infuori dell'elettro-cardiogramma, di questo importante mezzo diagnostico al quale in gran parte va riservato il merito dell'individualizzazione clinica di questa forma morbosa destinata fino a pochi anni or sono a passare sotto false diagnosi e cioè generalmente sotto quella di insufficenza cardiaca acuta e grave; di angina di petto persistente, di pericardite secca, ecc.

* * *

L'infarto cardiaco ha come base anatomopatologica la occlusione di uno dei rami delle arterie coronariche. Mentre per l'insorgenza quasi costantemente brusca e improvvisa della sindrome potrebbe sembrar logico che causa ne fosse l'embolia, invece nella grande mag-

gioranza dei casi l'occlusione è dovuta all'instaurarsi di una trombosi su coronarie precedentemente compromesse da fenomeni arteriosclerotici, talora completamente localizzati e silenziosi, altre volte invece espressione di un processo della stessa natura diffuso anche alla aorta e ad altri vasi arteriosi. Assai più raramente entrano in causa le arteriti infettive e la endoarterite luetica come nel caso descritto dal Frugoni. La ragione della rarità dell'embolia di origine cardiaca o aortica nei rami coronarici va forse ricercata nella sproporzione fra il calibro aortico e quello delle coronarie e ancor più nella posizione anatomica dell'imbocco di queste ultime così laterale alla corrente e in certo qual modo protetto dalle valvole semilunari.

L'occlusione che si instaura quasi sempre nella coronaria S. in rapporto alla maggior frequenza con cui essa viene colpita dal processo ateromasico, per poter provocare l'infarto (dal momento che questo ha bisogno per il suo sviluppo e la sua costituzione anatomopatologica di almeno 24-48 ore) deve istituirsi in un tronco non troppo importante poichè altrimenti la morte interviene istantanea o nel giro di poche ore. Essendo poi le coronarie scarsissimamente anastomotiche e cioè solo verso le estremità, si avrà infarto prevalentemente anemico se viene colpito un ramo senza anastomosi, emorragico se invece si tratta di un ramuscolo terminale.

Nell'occlusione di un ramo scarsamente anastomotico succede l'immediata anemizzazione del territorio dipendente che poi assume progressivamente una tinta cereo-grigiastra per degenerazione ialino-vacuolare del tessuto muscolare, il quale più flaccido all'inizio per questi fatti di necrosi va poi via via indurendo, per la connettivazione del focolaio miomalacico.

Se invece per la possibilità di circolazione collaterale dai territori vicini verso la zona trombizzata si ha l'infarto emorragico, allora questo presenta un aspetto rosso scuro ematico, almeno verso la periferia, mentre la zona centrale può conservare l'aspetto anemico necrotico.

In queste zone di colliquazione o degenerazione del territorio muscolare può aversi in seguito come esito la trasformazione in cicatrice callosa o l'instaurarsi di un aneurisma o infine più raramente la rottura della parete con l'allargamento del sacco pericardico, così come in rapporto alla possibile diffusione verso la superficie o in profondità si potrà istituire da un lato la pericardite secca, dall'altro il trombo parietale.

A questo quadro anatomopatologico corrisponde il seguente quadro clinico riassunto nelle sue linee essenziali: inizio acuto del complesso morboso in condizioni di completo benessere o in soggetti con precedenti tare cardiovascolari arteriosclerotiche o luetiche o ipertensive; insorgenza improvvisa di dolore violento e angoscioso, che si differenzia da quello anginoso per la sua localizzazione più frequente in sede cardiaca anzichè retrosternale, pur potendo, come si vide anche nel nostro caso, localizzarsi all'epigastrio, all'ipocondrio di S e assumere irradiazioni verso la spalla e il braccio di S o verso la regione scapolare.

Tale dolore si differenzia inoltre dall'anginoso per la durata che nell'infarto è sempre protratta per alcuni giorni almeno, ed è forse di quello meno violento, corrispondendo l'angina alla sofferenza di zone più vaste del muscolo cardiaco per arteriospasmo fugace ma più diffuso, l'infarto invece all'interessamento definitivo di una zona più o meno ampia ma sempre relativamente ridotta di miocardio.

Per questa sua base organica e stabile si ha da un lato l'inefficacia dei medicamenti dilatatori dei vasi coronarici e dei nitriti in ispecie, dall'altra la rapida, e più o meno intensa, ma costante insorgenza dei fenomeni di collasso circolatorio (ictus miocardico: Frugoni) e cioè: caduta brutale della pressione, polso frequente e piccolo, dispnea, cianosi, stato di gravità e di ansietà cospicua.

Conseguenze dirette di questo grave ed acuto scompenso cardiaco è l'insorgenza di edema polmonare acuto o di fenomeni ipostatici nel campo polmonare, di edemi alle parti declivi, di congestione acuta passiva del fegato specialmente nell'infarto della coronaria D; di stasi nel campo renale con albuminuria e cilindruria.

Complicazione frequente risulta l'insorgenza nella 2ª-3ª giornata dei rumori di sfregamento corrispondenti all'instaurarsi per propagazione della pericardite secca reattiva. L'apprezzamento clinico di questa pericardite si ha in numero di casi vario secondo gli AA. (20-50%) e costituisce, se presente e se unito al resto del quadro sintomatico, un elemento di notevole importanza diagnostica (pericardite epistenocardica di Sternberg). Altro sintomo di grande valore, e secondo quasi tutti gli AA. molto più costante, è la comparsa in 2ª e 4ª

giornata di un rialzo febbrile generalmente modesto (37°,5-38°,5) della durata media di una settimana.

Dinanzi a questo sintomo giudicato generalmente come reazione ai fenomeni di autolisi e di riassorbimento dal focolaio necrotico, occorre molta prudenza interpretativa sia per escludere altre cause capaci di sostenerlo sia per non lasciarsi sopratutto sviare verso altre diagnosi.

Ad eguale causa è dovuta, e di eguale prudenza di interpretazione ha bisogno, la frequente constatazione di una più o meno notevole leucocitosi (10.000-20.000) a carattere neutrofilo.

Importanza superiore, fino ad offrire spesso la controprova specifica dell'esattezza diagnostica, spetta, nel campo delle ricerche sussidiarie, all'esame elettrocardiografico.

A mezzo dell'elettrocardiogramma infatti per merito sopratutto di Herrick, di Smith, di Pardee, di Pezzi, Gallavardin, Laubry, Chini, Benedetti, Antonelli, Rotschild, si è potuto dimostrare come l'occlusione del lume delle coronarie S e la conseguente insufficienza ventricolare S porti a modificazioni notevoli del complesso ventricolare e più specialmente dell'onda T che può o rendersi cupoliforme o scomparire, o divenire negativa. Invece in caso di occlusione della coronaria D si possono avere le stesse modificazioni elettrocardiografiche ma in III$^a$ derivazione e infine in caso di occlusione di tronchi di ambedue i rami si possono notare modificazioni nel complesso ventricolare tanto in I$^a$ che in III$^a$ derivazione. Attraverso questo mezzo d'indagine sarebbe così possibile l'individualizzazione della branca volta per volta colpita.

Non tutti gli AA. però sono concordi sul valore di tali reperti, e questo sopratutto quanto più ci si allontana come tempo dalla insorgenza della lesione, tanto che per molti (Mann, Oppenheimer, Walser, Laubry, ecc.) essi starebbero solo a significare genericamente il patimento ventricolare ora S ora D senza deporre in modo sicuro per la natura circolatoria della lesione.

È certo ad ogni modo che, pur con queste rettifiche e con queste riserve, all'elettrocardiogramma principalmente bisogna riconoscere il merito di aver contribuito alla individualizzazione clinica di questo quadro che, fino a pochi anni fa puramente anatomopatologico, può ora esser di dominio clinico talora anche facile.

Il caso infatti che noi abbiamo ora illustrato corrisponde pressochè in pieno al quadro dell'infarto che dagli AA. viene descritto.

Nè il fatto della possibilità di una precoce diagnosi clinica servirà solo ad esser prognosticamente molto severi davanti ad un quadro morboso di questo tipo, o ad evitare nelle forme a tipo pseudoperitoneale interventi chirurgici deleteri, ma anche ad istituire razionali e talora efficaci terapie medicamentose.

È ovvio infatti come inutile o dannoso possa riuscire con tale base anatomica e con tale quadro di collasso cardiaco l'uso degli ipotensivi e vasodilatatori così usati in terapia antistenocardica e come utile riesca invece il ricorso ai sedativi oppiacei da un lato e ai tonici cardiaci e vascolari dall'altro e più particolarmente, secondo alcuni, all'uso cauto della adrenalina che mentre provoca dilatazione nei vasi coronarici, induce vasocostrizione in quelli periferici, contribuendo così doppiamente a combattere il deficit circolatorio.

Buon impiego può trovare nel combattere lo stato di collasso la caffeina per via ipodermica e la ouabaina o la strofantina per via endovenosa, quest'ultima unita all'eufillina per inibirne l'azione costrittiva sui vasi coronarici. Per questa stessa influenza costrittiva sulle coronarie, secondo V. Behr, sarebbe invece controindicato l'uso dei digitalici che così preziosi sono in genere per vincere l'insufficienza cardiaca.

Molto utile infine può riuscire, sopratutto per la tachicardia ventricolare, l'uso prudente del solfato di chinidina.

Con l'esatto impiego di questi vari medicamenti qualora il ramo occluso non sia di grande importanza si può talora riuscire ad evitare la morte nella prima decade che, salvo insorgenza di complicazioni o di nuove localizzazioni, è la più pericolosa e a veder ristabilirsi un compenso più o meno sufficiente della funzionalità cardiaca, poichè non sono rarissimi i casi di malati sfuggiti alla morte pur colpiti da questa grave lesione cardiaca.

### RIASSUNTO E CONCLUSIONI.

L'A. illustra nella sintomatologia e nel referto necroscopico un caso d'infarto del miocardio per trombosi della coronaria di S., nel quale l'interesse era dato prevalentemente dal quadro addominale della sintomatologia corrispondente in pieno alla forma cardiogastroanginosa recentemente isolata e dimostrata la possibilità (la relativa facilità anzi per casi tipici) della diagnosi clinica anche all'infuori del sussidio elettrocardiografico, come nel caso discusso.

## RILIEVI E COMMENTI

### Ancora in tema di emorragie gastriche post-operatorie.

Sulla breve nota da me pubblicata nel n. 14 del *Policlinico* intorno a questo importante argomento vedo con piacere che hanno interloquito due egregi Colleghi, il Prof. Chiasserini (n. 18) e il Dr. Dalla Rosa (n. 29). Il primo è pienamente d'accordo con me nel riconoscere il reale valore pratico dell'artificio del v. Haberer al fine di ottenere l'emostasi della sezione gastrica e perciò non ho che da sottoscrivere a quanto egli ha aggiunto alle mie brevi linee. Il Dalla Rosa, invece, al metodo del v. Haberer dichiara di preferire un altro accorgimento di tecnica consistente nell'allacciatura preventiva di « tutte le grosse diramazioni provenienti dalla coronaria nel perimetro del territorio sede dell'operazione e in quel tratto in cui i vasi sono semplicemente ricoperti dalla sierosa ».

Per la verità, io pure nella *gastrodigiunostomia* sono solito di ricorrere ad un espediente del genere: con filo di seta sottile montato su ago curvo intestinale allaccio i vasellini arteriosi e venosi visibili al disotto della sierosa in prossimità della sede scelta per la stomia ed in vicinanza delle due curve sia che provengano dalla coronaria, sia che provengano dall'arco delle due gastroepiploiche. Anzi, talvolta specie negli stomachi molto iperemici e quando si debba ricorrere alla gastrodigiunostomia orizzontale, la quale più di quella verticale espone alla emorragia, sono solito di acciuffare con una pinza i vasi decorrenti lungo la grande curvatura, ai due lati della stomia, e di allacciarli in blocco con un grosso filo di seta. Di questo particolare feci già cenno in un mio articoletto sul bisturi elettrico (*Rif. Med.*, 1931, n. 11). Senonchè la vascolarizzazione della parete gastrica è così ricca ed abbondante che neppure questo espediente vale a procurare quella tranquillità assoluta cui aspira il chirurgo, tanto che io personalmente stimo non superfluo aggiungervi, come ho scritto, l'allacciatura metodica per trasfissione dei vasellini della sottomucosa, la cui esecuzione è così rapida e così semplice da non richiedere che qualche minuto di tempo in più.

Nei riguardi della *resezione gastrica*, operazione che ogni giorno diventa sempre più comune della gastrodigiunostomia, le cose sono alquanto diverse. Sezionato e chiuso il duodeno, prima di amputare lo stomaco, è buona norma procedere alla sezione della coronaria e della gastroepiploica sinistra fra due legature distanti almeno 1-2 cm. l'una dall'altra, in modo da *spogliare* bene per un tratto equivalente la piccola e la grande curva, nel punto in cui dovrà cadere il taglio del viscere. In realtà, tale legatura in blocco dei tronchi arteriosi principali insieme alle vene che li accompagnano, riduce notevolmente il rischio e la gravità della emorragia postoperatoria, i quali sono pertanto minori nella resezione che nella gastrodigiunostomia per unanime consenso. Tuttavia, sempre a cagione della menzionata straordinaria vascolarizzazione della sottomucosa è saggia misura profilattica l'emostasi per trasfissione alla v. Haberer, tanto più che contemporaneamente si consegue un altro utile scopo, quello cioè di restringere per affardellamento il lume del moncone gastrico. Ciò che è di capitale importanza soprattutto nella Billroth I secondo l'importante modificazione apportatavi dal v. Haberer stesso (gastroduodenostomia con innesto circolare diretto).

Concludendo, convengo con il Collega Dalla Rosa sulla utilità dell'artificio da lui descritto nella gastrodigiunostomia, pure ritenendo sia tutt'altro che inutile aggiungervi l'allacciatura dei vasellini della sottomucosa, la quale rappresenta un'ottima e secondo me indispensabile pratica nella resezione gastrica.

Firenze, 5 agosto 1934-XII.

GIOVANNI CAVINA.

# SUNTI E RASSEGNE.

## ONCOMI.

### Contributo allo studio del cloroma o cancro verde di Aran.

(G. B. BUSTAMANTE. *La Prensa Medica Argentina,* anno 21, n. 12, 21 marzo 1934).

Nel 1823, il cloroma, fu intravisto per la prima volta da Allan Burns, e fu denominato così da King nel 1853; l'anno dopo fu descritto sotto il nome di cancro verde da Aran. Wirchow ne segnalò la natura maligna. Lenndorff lo definisce come una affezione sistematica del sistema linfo-emopoietico, caratterizzata da tendenza all'accrescimento maligno e dalla localizzazione eterotipica delle sue proliferazioni verdi; però questa colorazione non è patognomonica in quanto può mancare in molti di questi tumori chiamati verdi.

*Eliologia*: Paggenheim classifica i cloromi come tumori insieme ai mielomi ed ai linfosarcomi e li divide completamente dalle leucemie che sono in relazione con le infezioni. Aubertin sostiene che la leucemia può complicare il cloroma, ma si citano numerose osservazioni di leucemia mieloide complicate da cloroma in seguito al trattamento radioterapico. Circa la sua frequenza si può considerare abbastanza rara specialmente la forma pura, più frequenti sono le forme cloromatose della leucemia acuta; è una affezione caratteristica della 2ª infanzia fra i cinque ed i quindici anni, più frequente nel sesso maschile che in quello femminile. Però sono stati descritti dei casi fra i lattanti e fra gli adulti.

Il tumore predilige le ossa piane, specialmente quelle del cranio, dello sterno e del sacro, e può colpire anche altri tessuti al di fuori del sistema osseo, cute, fegato, rene, pleura viscerale. Clinicamente si possono dividere in tre tipi distinti: 1) un gruppo principale formato dai cloromi del cranio; 2) un gruppo sottoperiostale delle ossa del torace e della pelvi; 3) un gruppo dei cloromi misti associati a leucemie linfatiche e mieloidi.

*Anatomia patologica*: Sono dei tumori sottoperiostali che si sviluppano nello spessore dell'osso, di consistenza dura, di forma grossolanamente emisferica, di colorito verde; infiltrano l'osso e sollevano il periostio senza attraversarlo. Microscopicamente sono formati da giustapposizione di cellule che si comprimono una con l'altra in una trama connettiva molto ridotta. Le cellule sono un po' più grandi che un mielocita, di forma rotonda, con protoplasma, abbondante, basofile senza granulazioni. Il nucleo è rotondo, chiaro con una ricca rete cromatinica. Queste cellule derivano dalla cellula leucoblastica primitiva e per conseguenza sono di origine midollare. Masson lo classifica fra i sarcomi mieloblastici e la sua cellula con nucleo molto ricco in cromatina, in mitosi frequenti ed a struttura atipica la identifica come cellula omoplastica.

Circa il suo colore verde, che non è stabile ma scompare in parte con l'esposizione all'aria, è dovuto alla presenza di un pigmento che secondo Salitow sarebbe un « virus cromogeno », secondo altri un lipocromo.

*Sintomatologia*: Si hanno 4 periodi: un primo periodo di sintomi vaghi generali con segni fisici di anemia grave a tipo pernicioso, un secondo in cui prevalgono le tumefazioni cloromatose, di consistenza dura, bilaterali simmetriche, un terzo periodo con fenomeni di compressione ed un quarto periodo in cui predominano i fenomeni cachettici.

Circa il quadro ematologico si hanno due tipi: il primo tipo con i segni di anemia grave perniciosa plastica, il secondo tipo con un quadro simile alle leucemie acute in cui predominano cellule embrionarie o mieloblastiche, o mielocitiche o, rarissimamente, linfocitiche.

Riguardo all'evoluzione si hanno due forme: una lenta e l'altra rapida; clinicamente i cloromi possono essere o primitivi o secondari ad una leucemia mieloide.

La diagnosi è basata sull'associazione di tumefazioni craniche con un quadro di leucemie di cellule non differenziate. La prognosi è sempre grave e la cura in genere è inefficace; l'unica cosa che può contrastare la marcia del processo è l'applicazione di raggi X.

PLASTINA.

### Contributo alla conoscenza del neurinoma dello stomaco.

(G. BEDARIDA. *Annali Italiani di Chirurgia,* 31 marzo 1934).

L'A., in occasione di un caso di neurinoma dello stomaco capitato alla sua osservazione, passa in rivista gli altri casi pubblicati, e ne discute l'etiologia, la patogenesi e la cura.

Si tratta di una donna di a. 39, che nell'agosto-settembre del 1931, ebbe abbondanti melene, con consecutivo forte stato anemico. In seguito a un esame radioscopico si trova un difetto di riempimento della piccola curvatura.

All'esame obiettivo dell'addome si palpa una tumefazione nella regione epigastrica indolente e mobile.

Sottoposta ad intervento chirurgico, si fa una laparatomia mediana ed una resezione medio-gastrica. La malata guarisce rapidamente e non ha più, riveduta dopo 6 mesi, alcun disturbo.

Il pezzo asportato fa vedere lo sviluppo, nella sottomucosa in vicinanza del piloro, di una tumefazione della grandezza di un uovo, che in corrispondenza del polo superiore ha ulcerato la mucosa in 2 punti. Si tratta di un tumore solido, nella massa del quale si è avuta la formazione di pseudo-cisti a contenuto ematico e di infiltrati emorragici.

L'esame microscopico mostra: *a*) nuclei disposti parallelamente (palizzate nucleari); *b*) ammassi di nuclei che assumono figura di ventaglio e vortici; *c*) zone con degenerazione microcistica ed altre di aspetto mixomatoso.

La diagnosi istologica è di neurinoma solitario primitivo della sottomucosa gastrica.

Verocay per primo (1907-1910) notò l'esistenza di tumori derivanti da proliferazione della guaina di Schann, da differenziarsi dai tumori connettivali dei nervi, e che chiamò neurinomi.

Si deve pensare che tali blastomi si originano, come dice Verocay, da neurociti ultrapotenti rimasti occlusi da un tronco nervoso, quindi si deve pensare che « la materia del nurinoma solitario debba essere un grande aberrante, un amartoma, che proliferi indipendentemente in sede » (Pescatori).

I casi della letteratura di neurinomi gastrici sono 36, ma l'A. ne riporta solo 25.

Dalla disamina di questi casi si rileva che:

Il reno maggiormente colpito è il femminile, l'età fra 40-60 anni (nessun caso al di sotto dei 20). La sede in ordine di frequenza: la piccola curva, la grande, il piloro. Sono più spesso a sviluppo endogastrico, meno a sviluppo esogastrico, peduncolati o no. Di solito del volume di un arancio, ma fino a gr. 1500 come nel caso di Patel.

La mucosa gastrica si presenta di aspetto normale, ma qualche volta si presenta ulcerata; e queste ulcerazioni mentre secondo alcuni sono in relazione a fatti meccanici di distensione, secondo altri avrebbero la stessa etiologia delle ulcere peptiche, poichè sono stati riscontrati a carico di esse processi di guarigione, di sclerosi.

Le degenerazione maligna del neurinoma deve considerarsi come eccezionale.

Riguardo alla sintomatologia, essa di solito non insorge che per complicazioni: emorragie, ostruzione pilorica, e più raramente fatti dispeptici.

L'A. classifica il neurinoma gastrico in:

1) Neurinoma esogastrico peduncolato, senza sintomatologia;

2) Neurinoma endogastrico; *a*) peduncolato, con o senza sintomatologia; *b*) a sviluppo intramurale.

I casi del 1° gruppo non sono diagnosticabili; quelli del 2° lo sono se il tumore è palpabile e se l'immagine radiografica corrisponde a quella che Lecène ha detto come caratteristica: « Una zona ben delimitata, che corrisponde al tumore, che si distacca in chiaro, delimitata dall'opacità del pasto di bario ».

Emorragie interne, fatti di ostruzione pilorica, uniti al lungo decorso e all'assenza di fatti generali gravi, possono maggiormente orientare verso la diagnosi.

Il trattamento è chirurgico: nei tumori esogastrici peduncolati è sufficiente una resezione gastrica che passi cm. 2 in fuori del punto di impianto del peduncolo; negli endogastri, se peduncolati come nel 1° gruppo, se a sviluppo intramurale, una gastrectomia di ampiezza assai breve.

In genere l'ablazione del tumore porta a stabile guarigione; le recidive sono molto rare.

ULRICO BRACCI.

## Melanoma anorettale.

(A. W. MARTIN MARINO. *The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 20 gennaio 1934).

L'A., ricordata l'estrema rarità del melanoma primitivo dell'ano, riporta la definizione data a questa entità patologica da Ewing: « è un tumore pigmentifero derivante da una cellula mesoblastica specifica, la cellula cromatofora, ed eventualmente anche da cellule epiteliali modificate dalla produzione di pigmento ». Ricorda ancora che Virchow individuò il *melanoma sarcomatoso e quello carcinomatoso*, il primo che presenta una struttura diffusa di cellule fusiformi, il secondo a struttura alveolare. È caratteristica del melanoma l'accrescimento rapido e la produzione di metastasi nella corrente sanguigna.

Chaier e Bonnet a proposito di un loro caso personale fecero uno studio accurato su tutti i casi di melanoma citati nella letteratura e calcolarono che essi rappresentano il *66 % di tutti i sarcomi rettali* e il *2,03 % di tutti i tumori melanotici* dell' *organismo*. Weeks constata che tra i sarcomi rettali il tipo melanotico è due volte più frequente delle altre varietà. Che sia veramente raro il melanoma del retto ne fa fede la dichiarazione di Jones, il quale su 300 autopsie non trovò mai il carcinoma melanotico.

L'A. riferisce il caso di una donna di 62 anni che da circa dieci mesi soffriva di dolori durante la defecazione, a cui più tardi si aggiunse protrusione rettale con scariche mucose alternate con emorragie. All'esame obiettivo del retto si osservò una massa ovoide di 2-3 centimetri situata nella regione anorettale anteriore, di colorito brunastro, tanto da sembrare una emorroide cancrenosa trombizzata. All'esame proctoscopico non si rilevarono ulcerazioni nè traccie di metastasi apprezzabili in vicinanza della massa nè a distanza. Previa anestesia spinale, venne praticata una estesa resezione col termocauterio.

L'esame istologico mostrò trattarsi di melanoma del tipo epiteliale. Decorso postoperatorio buono, però a distanza di due mesi si ebbe nell'inguine destro comparsa di una tumefazione di color nero violaceo che stava a significare una metastasi del melanoma primitivo. La paziente morì in seguito a nuove e più gravi metastasi.

SCANDURRA.

## Teratoma del testicolo.

### Quindici casi studiati microscopicamente e biologicamente.

(C. W. STELLE. *Archives of Surgery*, gennaio 1934).

Ewing nel 1911 dopo uno studio particolare dei tessuti maligni del testicolo venne alla conclusione che « tranne poche eccezioni i tumori del testicolo appartengono alla classe embrionaria e che la grande maggioranza o tutti questi tumori embrionari sono dei teratomi». E li classificò come: 1) embriomi adulti o teratomi; 2) embrioidi, teratoidi o tumori misti; 3) tumori embrionali maligni. Inoltre stabilì che il più comune tumore maligno del testicolo è il carcinoma embrionale, alveolare o diffuso, a cellule poliedriche o rotonde e spesso a stroma linfoide, il quale è probabilmente un particolare sviluppo del teratoma.

Queste asserzioni sono in contrasto con le idee di Chevassu sullo stesso argomento; per questo A. il tumore più frequente è il seminoma o epitelioma seminale; ma secondo Ewing il seminoma non è distinto dall'embrioma maligno, ma è un embrioma o tumore teratoide in cui c'è uno sviluppo cellulare unilaterale che risulta in un tumore fatto di cellule omologhe con stroma linfoide.

Dal giugno 1930 furono ammessi all'*United States Naval Hospital* quindici pazienti con tumori maligni del testicolo, che furono esaminati dall'A. e tutti riconosciuti come teratomi. Comunemente questi tumori si osservano tra i 30 e i 40 anni. La diagnosi è molto facilitata oggi dalle osservazioni microscopiche, l'accurato esame fisico e l'uso della prova di Aschheim-Zondek per svelare la presenza di prolan A nelle urine.

Il sintomo più comune è l'ingrandimento non doloroso del testicolo. Qualche volta però, quando c'è solo una piccola tumefazione indolente, il paziente si lamenta di dolori al dorso, una massa nell'addome, disturbi polmonari, o ingrossamento delle linfoghiandole sopraclavicolari. La palpazione accurata rivela che il solo testicolo è interessato, esso conserva la sua forma normale, l'epididimo è raramente interessato. Un attento esame deve essere rivolto al resto del corpo, particolarmente all'addome, al torace e alle fosse sopraclavicolari. Spesso l'unico segno è una massa addominale palpabile o la tumefazione delle linfoghiandole sopraclavicolari. Non si deve omettere il riscontro rettale.

Anche l'esame delle ghiandole mammarie sarà praticato allo scopo di svelare la presenza di metastesi che causano qualche volta una ginecomastia.

La prova di Aschheim-Zondek non deve essere mai tralasciata nello studio diagnostico dei tumori del testicolo; essa è anche della massima importanza quando è positiva nel caso di metastasi senza sintomi a carico del testicolo, perchè mette in evidenza un tumore non rilevabile coi comuni esami di clinica. I teratomi sono radiosensibili e le metastasi lo sono in un modo particolare. Berringer afferma che in nessun tumore le radiazioni hanno prodotto più brillanti risultati che nel teratoma del testicolo; perciò la cura chirurgica deve essere considerata come secondaria e seguire all'applicazione dei raggi.

L'A. propone uno schema di cura per i tumori primitivi operabili del testicolo (tumori del testicolo senza evidenti metastasi): 1) esame fisico completo ed esame radiologico del torace; 2) prova di Aschheim-Zondek delle urine; 3) una serie di irradiazioni applicate come segue: *a*) al perineo e alla regione inguinocrurale; *b*) all'addome anteriormente e posteriormente; *c*) ai quadranti inferiori dell'addome; *d*) ai quadranti medi; *e*) ai quadranti superiori. In ogni seduta si applicano 850 roentgens; 4) orchidectomia sei o dieci settimane dopo l'ultimo trattamento radiologico; 5) prova di Aschheim-Zondek una settimana dopo l'operazione; 6) esame del paziente a frequenti intervalli per rendersi conto di ricadute o metastasi. R. MARTONE.

## Un caso di ipernefroma.

(J. VILLARDEL Y M. C. LLORT. *Revista de Cirugia de Barcelona*, junio-agosto 1933).

Gli AA. presentano il caso di una donna che da sette anni avvertiva dolori fissi alla regione dell'ipocondrio destro accompagnati, negli ultimi due anni, da disturbi dispeptici e costipazione.

L'esame obbiettivo faceva rilevare la presenza di una tumefazione dell'ipocondrio destro, della grandezza di una testa di feto, a situazione sotto-epatica, indolente, molto mobile, indipendente dai movimenti respiratori, con segni di contatto lombare, senza altri sintomi a carico dell'apparato urinario.

Negative le reazioni di Wassermann, di Ghedini Weimberg e l'intradermoreazione di Casoni.

L'esame radiologico faceva notare che il colon ascendente presentava, prima di arrivare all'angolo epatico, una deviazione brusca che giungeva fino alla linea mediana con lume intestinale normale.

Praticato l'intervento chirurgico per via laparatomica si rinvenne una grossa tumefazione retroperitoneale formante una massa unica con il rene. Asportazione completa. Guarigione.

Esame macroscopico: la tumefazione presentava la forma di una mezza luna applicata con la concavità al polo superiore del rene, ben delimitata da una capsula di colorito biancastro, che inviava delle propaggini che penetravano nella tumefazione e la dividevano in tante log-

gie piene del tessuto proprio del tumore, che sembrava occupare il posto della surrenale ed avere origine da questa ghiandola.

L'esame microscopico dimostrava: tessuto renale normale nella zona di contatto col rene, presenza di uno strato di tessuto connettivo fibroso con resuffusioni emorragiche ed in mezzo al tessuto connettivo degli isolotti, costituiti da cellule a protoplasma trasparente con nucleo piccolo cromofilo. Le loggie si presentavano ripiene di cellule disposte a tubi molto grandi che presentavano nel loro interno delle emazie in perfetto stato di conservazione. Il protoplasma di queste cellule era costituito da grassi con dei granuli di glicogeno I vasi del tumore avevano pareti rappresentate solamente da endotelio e da uno straterello di connettivo sottoendoteliale. Questi tumori, secondo Grawitz, deriverebbero da resti di surrenali che si incontrano sovente nella corticale del rene; secondo Stoerck, invece, si tratterebbe di tumori di origine renale.

Le opinioni degli studiosi sono molto discordi circa la loro origine, però gli AA. pensano come Aschoff, che si tratti di neoplasmi che derivano da elementi di epitelio celomatico che daranno luogo alla cellula renale e che regrediscono a stadi embrionari o che si mantengono in un processo di indifferenziazione. PLASTINA.

# MISCELLANEA.

## Difficoltà diagnostiche, pregiudizî ed errori terapeutici nell'infezione reumatica.

(G. BOERI. *Il Morgagni*, 29 aprile 1934).

Le nostre conoscenze sull'infezione reumatica sono ancora incomplete e contradditorie.

Per quel che riguarda l'etiologia e la patogenesi va innanzi tutto rilevato che alcune opinioni sembrano solidamente fondate, ma tuttavia si elidono a vicenda.

Alcuni hanno sostenuto che l'agente patogeno sia un virus filtrabile, molti altri uno streptococco probabilmente simile a quello dell'endocardite maligna o della lenta. Si è pensato a speciale modalità di reazione di fronte ad agenti differenti, non escluso quello della tubercolosi. Non è mancato chi ha avanzata la ipotesi trattarsi di una malattia amicrobica e diatesica, e specificamente artritica come la gotta. Infine oggi trova molto credito la tesi che si tratti di una malattia anafilattica. Questa tesi è stata dal Frugoni conciliata con quella batterica mediante i foci nei quali gli streptococchi provocherebbero fenomeni di sensibilizzazione o di allergia.

I noduli di Aschoff e Gräffe, che costituiscono la lesione anatomo-patologica specifica del reumatismo, costituirebbero i focolai, i depositi del virus reumatico, dai quali l'infezione si riaccenderebbe provocando le recidive. È probabile che la porta d'entrata siano le tonsille, ma pare non dubbio che il virus si depositi nei noduli di Aschoff, il che spiegherebbe gli insuccessi curativi delle tonsillectomie. Si è perfino sostenuto: *a*) che questi noduli, specie quelli indovati nel cuore, costituiscono la lesione fondamentale dell'infezione reumatica; *b*) che le lesioni cardiache siano costanti e iniziali; *c*) che in queste lesioni il processo si riaccenderebbe periodicamente e si diffonderebbe nell'organismo localizzandosi nelle sierose e sopratutto nelle articolazioni. Ma tale concezione non è generalmente accettata, e dai più si ritiene ancora che si tratti di un'infezione generale, la quale attacca secondariamente organi e sierose, e sopratutto cuore e articolazioni.

Quel che sembra molto verosimile se non del tutto acquisito, si è che le tonsille sono la porta di entrata del virus. Ciò troverebbe conferma sopra tutto nel fatto che quasi costantemente nell'anamnesi, nei sofferenti di infezione reumatica si trovano tonsilliti più o meno lontane, più o meno imponenti o latenti.

I prodotti salicilici costituiscono sempre il rimedio specifico all'infezione reumatica. Vi sono tuttavia casi nei quali la terapia salicilica rimane inefficace. Tale insuccesso può dipendere: *a*) da inefficacia dei salicilici per refrattarietà o resistenza individuale; *b*) da insufficiente somministrazione per imperizia, per paura degli effetti tossici, per mancato riconoscimento della malattia.

Come il chinino per la malaria, il mercurio per la lue, il siero andifterico per la difterite, l'emetina per l'amebiasi, i salicilici possono rimanere del tutto inefficaci per l'infezione reumatica anche se somministrati a dosi generose. In tali casi si può più o meno efficacemente ovviare l'inconveniente ricorrendo a preparati salicilici speciali e anche ad altri preparati: aspirina, salolo, salofene, salicilato di metile (per uso esterno); sostanze a base di acido fenilchinolcarbonico, solo o associato all'acido salicilico (atophan, atophanil, atochinol, chinofene, ecc.); preparati di zolfo; composti del pirrolo (antipirina, salipirina, piramidone, melubrina, ecc.). Tra i coadiuvanti dei salicilici giova riconoscere lo jodio e l'estratto tiroideo Oggi è in istudio al riguardo il veleno delle api. Sono registrati casi di successo con il siero e il vaccino antistreptococcico.

Non è il caso d'indugiarsi su quei casi nei quali i salicilici non vengono somministrati per ignoranza, per partito preso. Utile è invece soffermarsi sulle circostanze che molti pratici usano i salicilici con eccessiva circospezione temendo che l'uso continuo di salicilici ed in dosi generose possa danneggiare il cuore, i reni, deprimere le forze o produrre altri danni. Sta di fatto che tali timori sono sempre esagerati e spesso infondati. Come il sublimato, che è un tossico potente per i reni,

guarisce la nefrite sifilitica, così i salicilici riescono curativi per le cardiopatie e le nefropatie reumatiche. Ma a parte ciò autorevoli clinici francesi hanno dimostrato che l'asserita azione nociva dei salicilici sui reni e sul cuore è inesistente, e che la loro somministrazione nell'infezione reumatica non solo è preziosa quando questi organi sono lesi dall'infezione stessa, ma non è neppure controindicata da una cardiopatia o nefropatia preesistente o indipendente dalla forma reumatica.

Può capitare, purtroppo, il caso non è raro, che i salicilici non vengono somministrati perchè l'infezione reumatica non viene riconosciuta.

Al riguardo va rilevato che i progressi delle nostre conoscenze sulla patologia e sulla semeiotica dell'infezione reumatica hanno apportato una revisione nosografica di tale malattia allargandone di molto i confini.

Il reumatismo articolare acuto non è una malattia delle articolazioni, ma un'infezione generale nella quale le localizzazioni articolari, frequenti del resto in tutte le setticemie, sono soltanto più intense e più frequenti. Vi sono molti casi nei quali esse possono essere scarse, appena apprezzabili o mancanti del tutto, tanto che per precisione di linguaggio ed anche agli effetti pratici sarebbe conveniente abbandonare del tutto le vecchie denominazioni ed adoperare esclusivamente quelle di infezione reumatica.

Le forme extrarticolari o abarticolari possono assumere quadri clinici caratteristici e speciali; la corea del Sydenham, l'eritema polimorfo e nodoso reumatico, il reumatismo muscolare acuto, l'aponeurosite acuta, le nodosità sottocutanee e periostee reumatiche, la nevralgia frenica, le forme infettive pure specie a tipo tifoide, le forme attenuate a tipo influenzale, e le forme pseudochirurgiche (peritonite, colecistite, appendicite, ecc.).

Oltre a ciò le così dette complicazioni del reumatismo articolare acuto (endocardite, pericardite, miocardite, nefrite, splenite, peritonite, ecc.) più sovente di quanto si crede possono presentarsi prima delle manifestazioni articolari e decorrere anche nell'assoluta assenza di queste.

È ovvio come in tali casi la mancanza della diagnosi etiologica, talvolta veramente difficile o impossibile, può arrecare seri danni facendo trascurare la cura specifica.

Tutti sanno che non tutte le pleuriti sono di natura tubercolare e che parecchie si giovano della cura salicilica: non è improbabile che queste forme siano di natura reumatica. Lo stesso dicasi della polmonite.

Per evitare sì fatti errori diagnostici, per riconoscere i casi di infezione reumatica non evidenti o occulti, giova sempre prospettarsi una tale possibilità in tutti i casi oscuri. Occorre poi indagare accuratamente sull'esistenza di tonsilliti in atto o pregresse, rilevare le minime alterazioni articolari attuali o preesistenti. Comunque tentare sempre la cura salicilica, che in ogni caso non potrà far danno: il criterio diagnostico *a juvantibus* può essere decisivo.

DR.

## Vitamine e tumori sperimentali.

(R. SEVERI. *Pathologica*, 15 giugno 1934).

Le numerose ricerche che sono state condotte specie in questi ultimi anni sui rapporti fra vitamine e tumori hanno dimostrato, se pur non sempre concordemente, che questi fattori alimentari esplicano una certa influenza sulle neoplasie. I risultati più interessanti si sono invero ottenuti sui tumori sperimentali degli animali, poichè le poche ricerche che si sono svolte sui tumori spontanei dell'uomo hanno avuto sempre esito negativo. Nonostante questi risultati negativi e che si possono considerare come vere prove sperimentali sull'uomo, non sono pochi gli AA. che consigliano di nutrire i cancerosi con diete scarse di contenuto vitaminico; ed AA. che ritengono persino che la maggior mortalità per cancro che si verifica nei mesi estivi ed autunnali sia in rapporto con il maggior consumo di vitamine che si fa in questi periodi. La convinzione di questa azione delle vitamine sui tumori è scaturita dalle ricerche sperimentali, precipuamente da quelle sugli innesti neoplastici.

Si è visto cioè che le vitamine in linea generale sono, se non indispensabili per l'attecchimento del tumore, per lo meno necessarie per il regolare svilupparsi e svolgersi della neoplasia, e che somministrate in eccesso facilitano ed attivano la crescita del tumore: ma esistono non poche contraddizioni in queste ricerche.

Oltre che sullo sviluppo e l'accrescimento dei tumori le vitamine, nel campo della oncologia sperimentale, sono state studiate anche dal punto di vista della loro probabile importanza per la genesi dei tumori stessi. A questi studi si sono dedicati in particolar modo gli AA. giapponesi. L'A. ha voluto studiare l'influenza che la vitamina E, che non era stata ancora studiata da questo punto di vista dai vari AA., ha sullo sviluppo e sul decorso dei tumori sperimentali. Dai risultati ottenuti egli è portato a concludere che la scarsità di vitamina E nella dieta sembra favorire lo sviluppo del tumore nelle femmine, poichè queste, oltre a presentare uno sviluppo più accentuato della neoplasia vengono a morte più precocemente che non quelle di controllo. Nei maschi invece la scarsità di vitamine E sembra avere un effetto inverso, poichè il tumore innestato o non viene influenzato oppure è ostacolato nella crescita e favorito nella regressione.

Inoltre l'A. crede di poter affermare che la vitamina E data in eccesso ostacola nelle femmine lo sviluppo tumorale mentre nei maschi ne favorisce e ne accentua lo sviluppo.

L'interpretazione dei risultati ottenuti è, secondo quanto ammette lo stesso A, quanto mai ardua ed incerta; l'ipotesi che entrino in giuoco dei fattori complessi di squilibrio endocrino ed in particolare degli ormoni gonotropici della preipofisi (prolan) con prevalenza di questi nella ipervitaminosi e deficenza nella ipovitaminosi è tutt'altro che sicura.

G. LA CAVA.

# PROBLEMI D'ATTUALITÀ

## La malaria nelle scimmie.

Da qualche anno sulla malaria delle scimmie si sono venuti compiendo numerosi studi, che appaiono molto interessanti e possono forse dilucidare molte questioni ancora vive, le quali interessano direttamente l'uomo, in specie nei riguardi della terapia.

Le prime osservazioni di parassiti malarici nelle scimmie sono piuttosto antiche, perchè risalgono a Koch, il quale trovò un emosporidio pigmentato, analogo a quello della malaria umana, descritto poi accuratamente da Kossel, che lo classificò come *Plasmodium kochi*. Altre osservazioni vennero fatte da diversi AA., fra cui Donovan, Reichenow, Leger, Franchini, ecc., ma soltanto gli studi più recenti sono arrivati a definire le specie di emosporidi e le caratteristiche dell'infezione.

Si deve anzitutto distinguere la malaria delle scimmie antropoidi, da quella delle scimmie inferiori. Nelle prime, si riscontrano parassiti, che hanno grande somiglianza con quelli della malaria umana. J. Schwetz, in scimpanzè catturati al Congo, ha addirittura identificato le 3 specie della malaria umana, trovando costantemente il *P. falciparum* e soltanto sporadicamente il *vivax*, analogamente a quanto si osserva nell'uomo nella stessa regione. Queste osservazioni potrebbero essere interessanti dal punto di vista epidemiologico (oltre che da quello biologico generale) poichè tali scimmie verrebbero a costituire dei serbatoi di virus.

Ma gli studi più significativi riguardano i parassiti malarici delle scimmie inferiori, studiati specialmente nelle Indie (penisola malese) e nella zona del Panama. Anche al Congo, lo stesso Schwetz ha trovato parassiti simili al *vivax* ed al *falciparum*, che però non somigliano al *P. kochi*.

L'infezione naturale colpisce una sola specie, *Macacus cynomolgus* (*Silenus irus*), mentre nel *M. rhesus*, che pure è molto ricettivo, non si è osservata. Oltre a queste specie indiane, altre della zona del Panama sono state riscontrate parassitate (*Ateles geoffroy*, *A. dariensis*, *Cebus capucinus*).

Alcuni fra i primi osservatori ritennero che le varie forme di parassiti osservate fossero dovute al polimorfismo di una sola specie di parassita, mentre ricerche successive portarono a riconoscerne due: *Plasmodium knowlesi* (il Knowles è stato uno dei primi studiosi dell'argomento) e *Pl. inui*. La difficoltà di stabilire che si tratta realmente di due specie diverse è data specialmente dal fatto che, nell'infezione naturale, i parassiti sono per lo più scarsi. Si tratta di infezioni miste, quali si osservano nel *cynomolgus*. Quando si inietta il sangue di questo nel *rhesus*, il *Pl. knowlesi* predomina in modo assoluto e, mediante successivi passaggi, si può ottenere lo stipite puro. Nel *cynomolgus* con infezione cronica, predomina *Pl. inui*.

La morfologia del parassita è stata accuratamente descritta da J. Sinton e H. Mulligan e ci sembra superfluo riportarla qui, tanto più senza il sussidio di figure. Si hanno forme ad anello simili al *falciparum*, altre analoghe al parassita sviluppato del *vivax* ed infine altre a nastro, del tutto simili a quelle della quartana; queste ultime si trovano nelle parti più sottili dello striscio, dove il disseccamento è più rapido ed i parassiti non hanno il tempo di assumere la forma globulare, che va considerata come una forma di difesa. S. L. Brug insiste sopra varî particolari morfologici e descrive anche una varietà del *Pl. knowlesi*, il *Pl. k.* var. *sintoni*. B. Malamos ha riscontrato una formazione capsulare nel *Pl. knowlesi*, come pure nel *vivax*.

Per il *Pl. knowlesi*, lo studio del periodo di schizogonia venne fatto prelevando il sangue ogni 4 ore e misurando la grandezza media dei parassiti. Brug ha così determinato che tale periodo dura 24 ore, con un numero medio di 9 sporozoiti per ogni schizonte. Determinata la quantità di parassiti che raggiunge cifre enormi di circa 100.000 per mmc. e calcolato il coefficiente di aumento, che è di 31,8 nelle 24 ore, si è rilevato che quest'ultimo non corrisponde alla quantità di sporozoiti liberati dalle singole emazie parassitate del sangue circolante e si deve pertanto ritenere che una parte notevole di essi venga fornita dagli organi interni.

L'infezione sperimentale si realizza mediante iniezione del sangue infestato. Dopo un periodo d'incubazione, che varia da 3 a 12 giorni nel *rhesus* e da 6 a 30 nel *cynomolgus*, si incominciano ad osservare i parassiti nel sangue; essi crescono rapidamente. La temperatura, che in queste scimmie è sui 38°,1, si eleva fino a 41°,2. Il numero delle emazie parassitarie diventa enorme, il che spiega i gravi fenomeni e la morte degli animali. Importanti sono i fatti di grave anemia, per cui da oltre 5 milioni di emazie si arriva, in 4 giorni, a 1,660,000. Raffrontando il numero delle emazie distrutte con quello delle parassitate, si vede che il primo è di molto maggiore, il che si può spiegare ammettendo un'azione tossica. Si ha anche emoglobinuria.

Nelle osservazioni di varî AA., tutti i *rhesus*

infettati con *Pl. knowlesi* muoiono di malaria acuta.

L'infezione è più leggera col *P. inui*, che non dà la cifra enorme di parassiti riscontrata col *knowlesi*, arrivando ad un massimo di 20.000-30.000. Manca una vera forma acuta, la febbre è irregolare, l'anemia si sviluppa dopo un paio di settimane. Le scimmie non muoiono di questa forma, la quale ha un ciclo terzanario di schizogonia.

Interessante è lo studio dei *fenomeni immunitari*. Si è veduto che, praticando una superinfezione con uno stipite omologo, si può avere immunità, in quanto che soltanto in alcuni animali si ha notevole aumento di parassiti, mentre con lo stipite eterologo si sviluppa una grave infezione, per lo più mortale. Però, gli animali che resistono alla superinfezione non hanno più recidive.

Anche nel *rhesus* ed anche per la forma più maligna, il *Pl. knowlesi*, K. Krishnan, R. Smith e Ch. Lal hanno osservato per alcuni individui una notevole resistenza all'infezione. Tali AA. portano un importante contributo alla questione, rilevando che l'immunità è possibile dopo varî accessi ed è proporzionale alla durata di questi, è maggiore nella cessazione spontanea degli accessi che in quella ottenuta con medicamenti ed è legata ad un focolaio subclinico e scompare quindi con la guarigione; fatti questi ultimi, comuni nelle malattie da protozoi.

La milza sembra avere una grande importanza nella determinazione della immunità; quest'ultima è quasi sempre connessa con la splenomegalia, mentre la splenectomia abbassa il grado di immunità, sicchè tutti i *cynomolgus* (che sono i meno sensibili) muoiono e l'infezione è più fulminante. Analogo effetto ha il blocco del sistema reticolo-endoteliale.

Nel sangue, scarse sono le modificazioni chimiche e limitate alla sola diminuzione del colesterol. *Notevole è l'aumento dei monociti*, che dal 4,4 % sale all'11 %; si abbassa durante il periodo grave dell'infezione (7 %) e risale dopo il trattamento chininico (12-18 %) e comunque dopo la guarigione. Nell'immunità acquisita, si ha notevole monocitosi.

Sono state fatte ricerche di *trasmissibilità all'uomo della malaria delle scimmie*. Qualcuno ha ottenuto risultati negativi, sia con la inoculazione diretta, sia con la puntura degli anofeli infettati. Altri invece, con l'iniezione di 2 cmc. di sangue osservò, dopo 20 giorni di incubazione, febbre remittente durata per 8 giorni e seguìta, dopo 9 giorni, da recidiva. Il sangue di questo individuo, che conteneva parassiti, inoculato in un secondo, provocò (dopo 8 giorni) accessi molto gravi, durati 6 giorni, che guarirono senza recidiva.

L'infezione di varie specie di anofeli è stata osservata da alcuni AA. ed è stata anche possibile la trasmissione interscimmiesca mediante gli anofeli.

Viceversa, sono stati fatti tentativi di *trasmissione della malaria umana alle scimmie*. A. C. Clark e L. H. Dunn hanno avuto risultati negativi e così M. Adant, mentre invece W. H. e L. G. Taliaferro e P. R. Cannon, inoculando sangue di estivo-autunnale in Alouatta palliata, osservarono aumenti periodici di parassiti nel sangue, il che significa che i parassiti vi trovavano condizioni possibili di vita; le emazie parassitarie arrivavano al 9,15 %; si osservarono fino a 3 periodi di sporulazione. Non si trovarono gameti, ma però si osservarono forme di scissione, fino a 40 segmenti. La trasmissione in serie è stata negativa.

*La cura della malaria delle scimmie* offre l'occasione di sperimentare i preparati usati nell'uomo. Sinton e Mulligan hanno osservato che la chinina e la plasmochina troncano gli accessi, ma non impediscono le recidive. Analoghe osservazioni hanno fatto anche altri AA. sull'atebrina che tronca gli accessi primitivi ed anche quelli recidivi, ma poi l'animale non reagisce più al medicamento e muore nonostante nuove somministrazioni. In qualche caso, il medicamento ha determinato delle diarree.

Migliori risultati ha ottenuto G. Nauck, secondo cui la guarigione con l'atebrina è sicura (occorrono dosi elevate e ripetute), non soltanto mancando le recidive, ma resistendo gli animali ad una superinfezione. Manca invece l'azione elettiva della plasmochina sui gameti: essa, come pure la chinina, ha azione più lenta che l'atebrina. La somministrazione di alte dosi di quest'ultima, verso la fine del periodo d'incubazione impedisce lo sviluppo dell'infezione.

Come si vede, la malaria delle scimmie, pure presentando delle differenze, ha molti punti di contatto con quella umana, dimostrati anche dalla reciproca sensibilità ai rispettivi virus. È da augurarsi che gli studi in proposito proseguano, in modo da poter chiarire molte questioni e di portare anche dei contributi utilizzabili per la pratica.

AZEGLIO FILIPPINI.

BIBLIOGRAFIA.

S. L. BRUG. *Apenmalaria.* Nederlansch Tijdschrift voor Geneeskunde, 24 marzo 1934.

ID. *Observations on Monkey malaria.* Riv. di Malariologia, 1934, fasc. II.

E. G. NAUCK. *Chemoterapeutische Versuche bai Affenmalaria* (Pl. Knowlesi). Arch. f. Schiffs-und Tropen-Hygiene, Path. u. Ther. exotisch. Krank., vol. 38, n. 8, ag. 1934.

B. MALAMOS. *Die Rolle des Retikulo-Endotheliale Systems, insbesondere der Milz bei Affenmalaria.* Ibidem.

Numerose recensioni sull'argomento nello stesso periodico, n. 6, giugno 1934.

## NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

M. MONACELLI. *La Leishmaniosi cutanea in Italia.* Monografie medico-chirurgiche d'attualità. Collezione del « Policlinico ». Roma, Luigi Pozzi editore, 1934-XII, pp. 158, con 2 tavole e 147 illustrazioni nel testo. L. 25.

La monografia sulla *Leishmaniosi cutanea in Italia* del dott. prof. M. Monacelli, aiuto nella R. Clinica dermosifilopatica di Roma, testè pubblicata dal solerte editore Pozzi, merita di essere particolarmente segnalata e raccomandata ai nostri lettori come quella che oltre a colmare una vera lacuna nella letteratura dermatologica, porta un largo, personale contributo di osservazioni nuove del più alto interesse sia dal punto di vista clinico ed anatomico, come di quello igienico, epidemiologico e sociale.

L'A., il quale aveva già in numerose pubblicazioni studiato questo argomento, ha potuto identificare una vasta endemia di Leishmaniosi cutanea, sin qui misconosciuta, in un largo territorio dell'Italia centrale e diagnosticare numerosi casi nuovi in altre zone ritenute esse pure immuni da quest'affezione. La quale dunque non si deve più considerare nel nostro paese come una rarità dermatologica, limitata per giunta a poche regioni, specie meridionali, insulari e marine, ma come un'affezione largamente diffusa anche in territori di montagna più o meno lontani dalle grandi vie di comunicazione, ed in centri urbani popolosi dell'Italia centrale.

Nell'introduzione al suo lavoro l'A. si rifà dai primi studii compiuti in Italia da 25 anni a questa parte sul gruppo di malattie riunite sotto il nome di *Leishmaniosi* in genere, per venir poi alle più recenti ricerche sulla forma cutanea ed ai contributi portati sull'argomento dai dermatologi italiani, e dopo un largo cenno sulla classificazione delle malattie da protozoi flagellati del genere Leishmania e sulle differenze ed affinità dei diversi tipi di Leishmanie fra di loro (derivanti forse da un unico stipite o da varietà molto affini l'una all'altra, probabilmente, per ragioni varie, differenziatesi in seguito) riassume brevemente la storia delle nostre conoscenze sulla Leishmaniosi cutanea dalle prime ricerche di A. Russel nel 1756, fino a quelle di Wright (1903) che ne riconobbe e descrisse l'agente patogeno ed a cui dovrebbe intitolarsi (bottone di Wright, secondo la proposta di uno studioso di Leishmaniosi, il Behdjet) la forma cutanea del tipo asiatico e mediterraneo designata fino ad ora sotto i più varii nomi a seconda dei paesi (bottone d'Oriente, d'Aleppo, di Biskra, di Gafsa, del Nilo, di Dehli, ulcera di Taschkent ecc : in Italia coccio duro, coccio calloso per la Calabria e Sicilia e, per gli Abruzzi, censo, ceso, cesare lupino, falso lupino, forse analogo al « lubini » o mal di Libia nell'isola di Creta).

Nel capitolo seguente sono prese in esame la distribuzione geografica del bottone di Oriente (o Leishmaniosi cutanea, che occorre tener distinta dalla Leishmaniosi cutaneo-mucosa delle Americhe centrale e meridionale): Asia, Africa, Europa, e la casistica italiana dalle prime osservazioni in Calabria e Sicilia (1910), alle successive in Sardegna, Puglie, Lucania e Campania ed a quelle recenti compiute nell'Abruzzo teramano dall'A., il quale è riuscito a dimostrare in quella regione, appartenente geograficamente all'Italia centrale e da escludersi quindi dalle zone con caratteristiche subtropicali, un vasto focolajo endemico di Leishmaniosi cutanea con una casistica di oltre 150 malati, riferentesi per giunta solo ad alcuni dei centri maggiormente colpiti. Cade perciò il concetto (uso le stesse parole dell'A.) della Leishmaniosi cutanea, malattia dei paesi caldi e limitata alle zone con patologia subtropicale.

L'A. ha potuto completare le sue osservazioni riconoscendo casi sporadici a sud, in provincia di Chieti e Campobasso; a nord in quella di Forlì, oltre i casi diagnosticati da Peli e Benignetti nel Pesarese. Si può dunque ammettere che la Leishmaniosi cutanea è presente in forma endemica in gran parte del litorale adriatico, dalle Puglie alla Romagna ed anche, secondo osservazioni recentissime, nel versante tirreno dell'Italia centrale (Roma, alto Lazio).

Lo studio della Leishmaniosi tropica, cioè dell'agente patogeno del bottone d'Oriente e del suo modo di trasmissione e l'epidemiologia di quest'affezione, formano gli argomenti del secondo capitolo.

La morfologia del parassita (che è stato incluso tra i flagellati sanguicoli o endocellulari, famiglia *tripanosomidi,* genere *leishmania,* specie *leishmania tropica*) nella sua forma non flagellata — come cioè la si osserva nell'uomo, essendo eccezionale la presenza di un vero flagello nei parassiti delle lesioni umane, mentre per osservare forme flagellate di *l. t.* bisogna coltivarla in terreni appropriati — vi è ampiamente ed esaurientemente descritta e così la sua biologia, i metodi di cultura, la sua inoculabilità in animali di esperimento e soprattutto il modo di trasmissione la quale, pur non essendo ciò dimostrato in modo sicuro (nè le esperienze fatte in proposito appaiono del tutto convincenti), si verificherebbe attraverso alcune varietà di flebotomi quali ospiti intermedi con o senza (la questione è ancora « sub judice ») l'intervento dei così detti serbatoi di virus: funzione questa che per la Leishmaniosi viscerale suole attribuirsi al cane, mentre per quella cutanea sono stati chiamati in causa mammiferi (cane, cammello), rettili (geco) ed anche piante (euforbiacee) per quanto i flagellati del geco e delle euforbiacee

sembra non siano da identificare con la Leishmania tropica: rimane invece ancora insoluto il problema nei riguardi di alcuni mammiferi e soprattutto del cane.

Alcuni cenni epidemiologici, oltre quelli già esposti sui rapporti col Kala-Azar, chiudono questo capitolo cui fanno sèguito quelli sulla sintomatologia, notevole per la descrizione del particolare modo di presentarsi e di evolvere della Leishmaniosi abruzzese e per i validi e persuasivi argomenti con cui l'A. ribatte le obiezioni dei medici locali circa l'identità tra il « censo » teramano (1) e la dermatosi in questione, e sulla casistica personale, nel quale ultimo sono riassunte le storie cliniche di ben 150 casi con la riproduzione di 112 fotografie dei soggetti osservati dall'A., in gran parte provenienti, come si è detto, dalla provincia di Teramo.

Il V° capitolo tratta dell'anatomia patologica ed in esso l'A. alle fondamentali ricerche già compiute dagli AA. italiani che lo hanno preceduto in questo campo, aggiunge il suo personale contributo, interessante, soprattutto per ciò che riguarda i rapporti della Leishmaniosi cutanea con la patologia del sistema reticolo-istiocitario e le analogie e la differenza con i caratteri istiopatologici delle forme viscerali: ben 30 riproduzioni di microfotografie documentano le vedute dell'A. che anche in questa parte ha saputo dirci cose nuove e confermare le sue rare qualità di ricercatore originale, coscienzioso e misurato nelle sue deduzioni.

Alla diagnosi clinica e biologica, alla prognosi, alla terapia generale e locale, chimica e fisica, ed alla profilassi della Leishmaniosi cutanea sono dedicati gli ultimi capitoli svolti essi pure nel modo più completo ed efficace e, come tutti gli altri, esaurientemente forniti di vasta bibliografia riferita a piè di ogni pagina.

La forma limpida e piana, le numerose figure ottimamente riprodotte, la ricca e corretta edizione completano i pregi di questa monografia con la quale il giovane A. ha reso un vero servizio alla scienza in genere ed alla clinica in specie, a cui la scoperta del nucleo endemico teramano ha oramai aperto il campo per ulteriori indagini e ricerche dirette a riconoscere nuovi casi e nuovi focolai esistenti con molte probabilità in altri territori della penisola.

(1) L'erudizione locale riferisce il nome di « censo », col quale l'affezione viene popolarmente designata in Abruzzo, al latino « incensus », forse dal colore rosso acceso delle manifestazioni al loro inizio (pag. 44). Può darsi, ma la mia non è se non un'ipotesi da dimostrare, che la parola « censo » stia qui invece a significare cosa lunga e fastidiosa, così come ho udito talvolta adoperarla, in genere, nel dialetto di alcuni paesi della Lucania: « lunga, noiosa come un censo », cioè come certe prestazioni obbligatorie e perpetue che ancora sopravvivono ad antiche istituzioni feudali, ecclesiastiche ecc.

E questo non è l'ultimo merito del lavoro preso qui in esame, al quale è facile prevedere larga diffusione anche fra gli stessi dermatologi, la cui attenzione sarà d'ora in poi maggiormente rivolta ad identificare un'affezione fin qui poco nota, che anzi nei nostri paesi può talora assumere una fisionomia clinica un po' diversa da quelle comunemente descritte, e troveranno nella monografia del Monacelli preziosi elementi di studio e di diagnosi.

V. MONTESANO.

# CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. CELLI ed altri. *La Malaria.* Un vol. in-4°, di 496 pag., con 280 fig. e 2 tav. in nero e colori. Unione tip. editrice, Torino, 1934. Prezzo L. 70.

Questa monografia viene a completare il noto e grande Trattato di Igiene diretto dal Prof. O. Casagrandi. Per la grande importanza che ha avuto ed ha tuttora la malaria in Italia, era giusto che la trattazione di questo argomento fosse fatta in modo ampio ed esauriente.

Il volume è dedicato al pioniere, all'apostolo della lotta sociale contro la malaria, ad Angelo Celli, ed è l'aggiornamento ed il completamento della sua nota opera sull'argomento. Hanno contribuito ad esso, la Vedova, signora Anna Celli Fraenzel ed i Professori O. Casagrandi, G. Escalar, F. Di Tucci, P. Sepulcri, portando ognuno il contributo della propria speciale competenza. L'impostazione dell'opera è rimasta la stessa, ma le aggiunte ed i rimaneggiamenti, quali si esigevano dagli studi odierni, sono stati tali e tanti che ne è risultata un'opera nuova.

La prima parte è dedicata alla epidemiologia; in essa, sono esposte la storia, la geografia, l'eziologia, i metodi di esame, le cause di predisposizione, le sorgenti ed i veicoli d'infezione. Relativamente breve è la seconda parte, sulla clinica, l'anatomia patologica, la terapia: brevità, del resto, consona all'indole stessa del trattato, che è di igiene e non di clinica.

Ampia invece è la terza parte, sulla profilassi, in cui sono trattati a fondo i sistemi da usare ed i risultati che se ne ottengono. *fil.*

HANS DIETLEN. *Die Lungentuberkulose,* Ed. Steinkopff, 1934. RM. 8.

Giustamente osserva l'A. che il progresso incessante delle nostre conoscenze nel campo della tubercolosi, e il sempre nuovo mutamento delle interpretazioni teoriche e delle applicazioni pratiche che esso porta con sè, hanno turbato il medico generico al punto che quasi ha rinunziato a farsi della questione un'idea chiara e si rimette agli specialisti e ai consulenti.

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

Il chiaro e piccolo libro del Dietlen è dedicato appunto a questo scopo di chiarificazione; si apre, dopo brevi battute generali, con lo studio del modo d'infezione e con un ampio accenno al concetto dei vari stadii di Ranke; poi illustra il concetto dell'infiltrato (Assmann, Reaeku, Simon) e il suo significato rispetto al « complesso primario »; mette in evidenza il carattere della progressione a tappe che, secondo le vedute moderne è proprio dell'infezione tubercolare, e lo pone a raffronto con le antiche e recenti vedute anatomo-patologiche (Aschoff), che appaiono oggi in ritardo rispetto al progresso delle cognizioni cliniche.

In una seconda parte è descritta la patologia della tubercolosi polmonare che è strettamente legata al focolaio primario; le manifestazioni generali (Primärherd-Phtisen), le forme glandolari e le diffusioni ematogene (miliari); di queste ultime distingue, seguendo Neumann, le forme maligne, le virulente e le blande: la possibilità di guarigione della miliare è discussa e accettata.

Nella terza parte è tratteggiata la clinica del periodo della reinfezione a partire dall'infiltrato precoce sino alle generalizzazioni acute o croniche (la tubercolosi galoppante, la tisi caseosa, la tisi fibrosa).

Viene poi la descrizione di quelle forme che non potrebbero essere ascritte a nessuno dei grandi gruppi precedenti; le forme polmonari che si sovrappongono ad una tubercolosi polmonare (polmonite congestiva, gelatinosa e caseosa, fibrosa e iperplastica); e i quadri morbosi d'origine bronchitica su fondo tubercolare.

Segue un breve cenno sul significato della compartecipazione pleurica, e sulla cura della pleurite tubercolare (cura alla Morelli!): chiude il libro un breve capitolo di terapia.

La piccola monografia del Dietlen così chiara nell'esposizione e così ricca di esempi clinici ha raggiunto, io credo, il suo scopo.

V. SERRA.

M. CHIRAY et P. CHENE. *Précis de séméiologie médicale appliquée.* Vol. in-8°, di pagg. 608, con 354 fig. Masson & C., Paris, 1934. Fr. 60.

Scopo di questo libro è di esporre in modo succinto i gruppi sintomatici più noti, di guidare i debuttanti alla ricerca delle loro cause e nel medesimo tempo iniziarli al linguaggio medico.

Al fine di dare a questo Manuale un carattere pratico e didattico, gli AA. adottano lo stesso piano in ognuna delle sue differenti parti. Le turbe funzionali accusate dai malati sono dapprima analizzate ed in base ad esse il clinico è condotto poi all'esame di questo o di quell'apparato, alla ricerca dei segni fisici corrispondenti, alle prove funzionali ecc. Allorquando tali dati non sono sufficienti a porre la diagnosi, il medico domanda alle varie indagini di rinforzare o di supplire i suoi sensi, siano esse la registrazione grafica di un movimento o di un ritmo, lo studio istologico, batteriologico o chimico degli escreati o dei secreti, le investigazioni endoscopiche o radiologiche.

A questi tre tempi analitici fa seguito la sintesi di elaborazione, fase questa che appartiene alla patologia propriamente detta. A maggior chiarimento poi della trattazione, gli AA., per ogni capitolo, riportano grandi quadri sintetici, fondamentali, di grande utilità pratica.

A. P.

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria del 7 luglio 1934-XII.

Presiede il Prof. S. BAGLIONI, presidente.

### Ulcera duodenale e splenomegalia con ittero: resezione gastro-duodenale e legatura dell'arteria splenica: guarigione.

Prof. R. ALESSANDRI. — L'O. ricorda le idee già da lui espresse circa la cura delle epatiti e delle cirrosi epatiche, nel Congresso del 1932 delle due Società di Chirurgia e Medicina Interna, e specialmente in quelle forme, in cui vi è splenomegalia e in cui si ammette oggi l'importanza massima del fattore splenico come prevalente e come lesione primitiva. Ricorda inoltre la proposta da lui allora fatta della legatura dell'arteria splenica, operazione non pericolosa e quindi più facilmente accettabile da medici e pazienti, e che poteva dare buoni risultati, come è dimostrato ai casi in cui è stata praticata in luogo della splenectomia.

Egli ha operato finora 6 casi con legatura dell'arteria splenica: in uno ha trovato una certa difficoltà per la ricchezza di vasi venosi, che ostacolavano la ricerca dell'arteria; in tutti gli altri casi la ricerca fu semplicissima, e sempre fu praticata la sezione fra due legature.

Si ferma specialmente a illustrare il caso di un giovane di 25 anni — che presenta — già affetto da ulcera duodenale, associata a splenomegalia con ittero, e operato di resezione gastro-duodenale, nonchè di sezione fra due legature dell'arteria splenica (sul margine superiore del pancreas). Il decorso fu del tutto normale e il malato guarì per prima.

L'O. mette in rilievo le ragioni, per cui considera interessante questo caso: la prima è la coincidenza con una lesione epato-lienale di una sindrome di ulcera duodenale; la seconda è perchè porta un nuovo contributo all'azione favorevole ottenuta alla semplice sezione fra due legature dell'arteria splenica, operazione che è stata perfettamente sopportata dal malato insieme colla resezione gastro-duodenale, mentre una splenectomia avrebbe certo notevolmente aggravato l'intervento.

### Considerazazioni sulle cause dell'origine dei tumori.

Prof. R. MARCHESINI. — L'O. s'intrattiene sulle cause dei tumori, esponendo sue vedute personali, e corredando la sua comunicazione con la dimostrazione di preparati microscopici e con proiezioni.

**Effetti dei Raggi X sulla produzione biologica di emolisine.**

A. GUALDI. — L'O. indaga l'influenza di un trattamento radiologico nello sviluppo dell'immunità antimontone nel coniglio. Irradiando l'animale recettore, ma sopratutto l'antigene, si riesce, con tecnica opportuna, ad influenzare lo sviluppo dell'attività immunitaria specifica dell'animale sensibilizzaato, nel senso di un cospicuo aumento del titolo emolitico antimontone raggiunto. I risultati prospettano la possibilità di estendere il principio dimostrato al vasto campo della immuno-reattività.

**Azione di alcune acque minerali italiane sull'epitelio vibratile dell'esofago di rana.**

Prof. P. TESTONI. — L'O. comunica i risultati di numerose esperienze sulle acque minerali studiate dal punto di vista farmacologico. Impiegando come reattivo l'epitelio vibratile dell'esofago di rana, le acque minerali si possono dividere in due grandi gruppi, uno che *stimola,* l'altro che *deprime* l'attività delle ciglie vibratili. Fra le acque ad azione stimolante si ricordano: la *Fiuggi*, la *Rinfresco*, la *Leone*, la *Donzelle*, la *Torretta*, *Regina* e *Tettuccio*, la *Sardara*, l'*Acetosa*, la *Santa di Chianciano*, la *S. Pellegrino*.

Risultarono deprimenti, in grado maggiore o minore, l'*Acqua santa di Roma*, la *Nepi*, la *Sila*, la *Janos*, la *Regia*, la *Tamerici*, la *Fratta*, le *Albule*, le *Telese*, la *Porretta Solf.*, la *Roncegno*, la *Levico*, la *Chianciano purgativa*.

Circa poi la durata dell'attività vibratile delle ciglia sottoposte all'azione delle diverse acque minerali, confrontandola con quella di una soluzione isotonica di NaCl, essa cresce per la *Regina*, la *Tettuccio*, la *Leone*, la *Rinfresco*, la *Sardara*, la *Torretta*, la *Donzelle*, la *Uliveto*, la *Santa di Chianciano*: diminuisce in vario grado per le altre acque.

Mercè l'impiego di questa tecnica l'O. ha potuto nettamente individuare le diverse acque minerali che, per la loro composizione elementare, per i loro caratteri chimico-fisici e per altre peculiari proprietà, si sono sempre considerate fra di loro strettamente affini.

**Sull'epatoterapia parenterale nelle agranulocitosi e sul valore eziologico del piramidone.**

Dott. F. CORELLI. — L'O. tratta dell'epatoterapia parenterale nell'angina agranulocitica acuta idiopatica, nelle agranulocitosi secondarie e nelle granulopenie subacute, croniche, ricorrenti.

Ricorda un caso acuto con setticemia streptococcica nel quale ottenne da questa terapia, rapida guarigione. L'O. pensa che il benefico effetto dell'epatoterapia si debba alla presenza nell'estratto usato di adenosina e di acido adenilico, piuttosto che al principio antianemico in sè stesso.

Riguardo all'eziologia delle forme acute finora dette idiopatiche che, l'O. trova che in 3 dei suoi casi, prima dell'inizio della forma morbosa fu fatto uso di piramidone solo o con barbiturici e di altre droghe contenenti l'anello benzoico, e ciò in accordo con le recentissime osservazioni di AA. americani.

In un altro caso — finora unico — fra i precedenti fu notato solo intenso e ripetuto uso di chinino.

A proposito del probabile meccanismo d'azione del piramidone e di altre droghe contenenti l'anello benzoico, è prespettata l'ipotesi che esse più che per azione leucotossica diretta, agiscano in via allergica (idiosincrasia, allergia locale, istiogena, midollare).

Prof. V. GHIRON. — *Un caso di tumore maligno del confluente coledoco-duodenale.*

Partecipano alla discussione i proff. GIUDICEANDREA e EGIDI.

**Un caso di anemia grave con splenomegalia ed eritremia.**

Dott. P. STEFANUTTI. — L'O. illustra un caso di anemia intensa con eritremia riscontrato in una ragazza portatrice di splenomegalia cronica.

Nella splenectomia, seguita da cure antiluetiche intense e da tonsillectomia, fece riscontro un progressivo miglioramento della sindrome. Vengono segnalati uno strano incidente successivo a contrazione splenica da adrenalina — iniettata per saggiare la contrattilità dell'organo prima dell'intervento — ed il comportamento della forma del cuore nell'evolvere della sindrome ematologica.

*Il Segretario*: G. AMANTEA.

## Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta scientifica del 1° giugno 1934.

Presidente: prof. M. PINCHERLE.

**Considerazioni sul decorso e sugli esiti del Morbo di Hand-Schüller-Christian.**

M. PINCHERLE. L'O. presenta fotografie e radioscopie concernenti il caso di sindrome di Hand-Schüller-Christian, già pubblicato, per dimostrare l'ulteriore favorevolissimo decorso delle lesioni trattate con cicli molto distanziati di irradiazioni Röntgen. Il tipico cranio « a carta geografica » è ora completamente ossificato; si è formata — si può dire — una nuova scapola, sia pure a contorni irregolari, ove più non v'erano traccie di sostanza dalle mandibole e dagli ilei. Anche l'evoluzione somatica e psichica hanno notevolmente progredito.

Discussione: prof. G. G. PALMIERI.

**Il metodo di Löwenstein per la ricerca diretta o culturale del B. di Koch nel sangue e nei tessuti.**

G. GRAZIOSI. — Dopo alcune considerazioni generali descrive il metodo TT, ripromettendosi di riferire prossimamente sui risultati personali.

Discussione: proff. G. DE TONI, P. BENEDETTI, M. PINCHERLE.

**Studi sul potere bactericida del sangue in toto nel corso della vaccinazione dell'uomo contro il tifo e i paratifi.**

F. MASSA. — L'O. studiando le variazioni del potere battericida del sangue dell'uomo nel corso della vaccinazione antitifo-paratifica (con vaccino formulato a dose unica) ha notato che non v'ha parallelismo fra potere del sangue in toto e potere del siero; vi sono in genere variazioni antiluetiche. Inoltre ha dimostrato che l'azione battericida maggiore appartiene ai globuli rossi integri.

*Il Segretario*: prof. P. BENEDETTI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Clinica dell'allergia nelle malattie infettive.

F. Hamburger (*Med. Klin.*, 11, 1934), in un suo lungo articolo, che amplia la comunicazione fatta al Congresso internazionale di Pediatria di Londra, tratta del complesso problema dell'allergia, sia nella tubercolosi che nelle altre malattie infettive.

L'A. cerca anzitutto di limitare, di chiarire il significato della parola allergia; mantenendosi aderente alle vedute classiche del Pirquet; discute poi la durata della dimostrabilità e dell'esistenza dello stato di allergia, il modo di saggiare il potere allergico dell'organismo, la possibilità di aumentarlo artificialmente; si sofferma sul meccanismo delle sue oscillazioni, delle sue fasi di negatività transitoria e sulla influenza esercitata da fattori numerosi, specifici e aspecifici.

Riassume infine brevemente il significato diagnostico e prognostico della tubercolinoreazione, e le sue applicazioni terapeutiche.

L'articolo è chiuso da un rapido sguardo sul comportamento dell'allergia nelle altre malattie infettive. V. SERRA.

### Il tipo infantile della tubercolosi.

L. G. Parson (*The Lancet*, XXI-vol. I, 1934) ricorda come per molto tempo la tubercolosi nel bambino fosse ritenuta una malattia straordinariamente grave: cosicchè la legge che « tanti mesi di vita erano concessi ancora al piccolo tubercoloso per quanti erano i suoi anni d'età » trovava un largo consenso.

Fino a 25 anni fa, la via aerea era considerata la più frequente nella trasmissione e nella penetrazione del bacillo: poi vennero le ricerche di Calmette e della sua scuola sull'importanza dell'apparato digerente e del latte vaccino; e allora, non soltanto le lesioni delle glandole mesenteriche ma anche quelle delle peribronchiali furono messe in rapporto con una diffusione linfatica dell'infezione, a punto di partenza intestinale.

Poi, ecco le osservazioni di Ghon e il concetto del complesso primario, con la sua valorizzazione della lesione polmonare, mentre alla localizzazione glandolare viene restituito il suo significato di risentimento e di secondarietà.

L'ostinato pessimismo prognostico di fronte all'infezione tubercolare, avvalorò il concetto della epitubercolosi con cui Eliasberg e Neuland credettero di spiegare quelle estese e durevoli infiammazioni polmonari, sorte intorno a focolai tubercolari e a cui, tuttavia, veniva negato ogni significato di specificità, tanto incomprensibile era la sua benigna evoluzione e la contemporanea persistenza di buone condizioni generali.

Ma la riattivazione di un simile processo in seguito a una semplice iniezione di tubercolina (Langes), e il ricco reperto di b. di Koch ottenuto da Gorter e Leida e dall'A. nella sua clinica di Birmingham, colla puntura praticata in piena zona di « epitubercolosi » dimostrano trattarsi di un vero e proprio processo tubercolare.

Come è noto, l'ombra della zona « epitubercolizzata » va lentamente chiarendosi dalla periferia e finisce per lasciar riapparire il tubercolo calcificato di Ghon, spesso glandole calcificate e la linea opaca di una interlobite: secondo l'A. il focolaio primitivo corrisponde ad una lesione di carattere proliferativo, epitelioide, e l'epitubercolosi ad una generalizzazione rapida del processo di natura essudativa.

L'epitubercolosi deve, in conclusione, considerarsi come una forma benigna di tubercolosi polmonare. La sua ombra, sotto lo schermo, deve essere differenziata da quella della polmonite e da quella dell'atelettasia.

L'A. descrive poi la sede più frequente e l'evoluzione, o per meglio dire, le varie modalità di evoluzione del tubercolo primario di Ghon; ricorda i diversi meccanismi attraverso cui può aversi una infezione, e conclude che, anche nei primi anni di vita l'infezione tubercolare può presentarsi con segni di benignità.

Ma bisogna ricordare sempre l'alta frequenza delle localizzazioni meningee, che costituiscono la maggiore percentuale dei reperti di autopsia nei bambini morti per tubercolosi: in genere è nel tubercolo di Ghon o nelle glandole mediastiniche che si deve ricercare il punto di partenza dell'invasione nel sangue circolante.

La tubercolosi benigna del bambino si previene efficacemente colla pasteurizzazione del latte, che, essendo ricco di tossine attenuate, consente nello stesso tempo la normale evoluzione di processi di immunità; in quanto alla tubercolosi umana, è nell'ambiente dove vive il bambino che bisogna esercitare il più rigoroso controllo.

« Si può accertare la tubercolosi in un adulto — ha detto Park — trovando sia i bacilli nel suo sputo, sia l'infezione nel suo bambino ».

L'allontanamento del bambino dal luogo infetto, l'evitare accuratamente ogni contatto, la vita in luogo sano, l'alimentazione adatta, e i controlli sistematici con reazioni cutanee ed esami radiologici costituiscono i metodi più efficaci di prevenzione. V. SERRA.

### Diagnosi e trattamento precoce della difterite.

H. Seckel (*Medizin. Welt*, 24 febbraio 1934) insiste sulla necessità di una diagnosi precoce della difterite per potere istituire un trattamento utile. Molte volte, la diagnosi precoce è ostacolata da noncuranza del bambino, da

indolenza dei genitori, o da errore da parte del medico; qualche volta da difficoltà economiche per non poter pagare la visita. L'A. cita vari esempi in proposito.

Importante è tener conto dei sintomi precoci: spossatezza, dolori al collo ed alla testa, sete, irrequietezza, che indicano l'appressarsi di una malattia febbrile. Seguono: mancanza di appetito, malessere, nausea, vomiti ed, in casi gravi, dolori addominali e diarree.

Fra i segni locali della difterite alla gola, è particolarmente caratteristico il contrasto fra i forti depositi fibrinosi sulle tonsille e la quasi totale assenza di reazione dei tessuti circostanti, al contrario di quanto avviene, p. es., per l'angina banale o scarlattinosa, in cui si ha forte arrossamento del palato molle. Sulla diagnosi differenziale, è meglio non insistere, perchè nulla di male se si farà una iniezione inutile nel caso di angina di Vincent o scarlattinosa, mentre non si deve trascurare nella difterite il trattamento specifico.

Un altro punto su cui insiste giustamente l'A. è quello di non attendere il risultato dell'esame batteriologico per intervenire: la diagnosi di difterite va fatta al letto del malato e non col microscopio.

Per la cura, l'A. dà la seguente tabella, secondo l'età del bambino:

| | Da 1 a 5 anni 10 kg. | Da 6 a 10 anni 20 kg. | Oltre 11 anni 30 kg | Un. imm. per kg. |
|---|---|---|---|---|
| **Difterite del naso o leggera della gola.** | 2000 | 4000 | 6000 | 200 |
| **Difterite della gola localizzata, grave.** | 3-4000 | 6-8000 | 9-12.000 | 3 400 |
| **Difterite progressiva, tossica; crup.** | 5000 | 10 000 | 15.000 | 500 |

Usare le dosi più alte, quanto più tardi è curato il malato, nel crup e nelle forme postmorbillose. Fare iniezioni endomuscolari, con un ago lungo e forte, alla regione glutea superiore esterna. Se il bambino ha avuto in precedenza altre iniezioni di siero, introdurre 1-2 ore prima della dose necessaria 1 cmc. di siero di cavallo. *fil.*

**Cura della poliomielite con siero di convalescenti.**

In base alle ricerche sistematicamente condotte fra 277 bambini, durante il 1932, che segnò in Germania una recrudescenza di questa malattia, Schlossberger e Krumcich (*Klin. Woch.*, 23 giugno 1934) riferiscono i seguenti dati: di 26 bambini trattati con siero di convalescenti nel periodo preparalitico, 23 guarirono completamente, due ebbero paralisi e uno morì; degli altri, trattati in periodo paralitico, il 25 % morì, 148 bambini restarono paralitici e solo nei restanti 28 casi si notò un certo miglioramento.

Concludendo, la terapia sierica giova quasi soltanto nel periodo pre-paralitico, come ormai si ammette da tutti; di qui la necessità di riconoscere in tempo la poliomielite e di avere sempre a portata di mano i mezzi di cura.

V. SERRA.

**La trasfusione sanguigna nelle malattie settiche.**

E. Kutscha-Lissberg (*Wien. Kl. Woch.*, 19, 1934) ricorda come le indicazioni alla trasfusione di sangue si siano andate allargando sempre più: egli ha praticato 70 volte, in 45 settici, questo energico mezzo di cura, ottenendo in 20 casi la guarigione (38 % di mortalità): le sepsi trattate furono sepsi puerperali, aborti settici, osteomieliti, fratture, empiemi, flemmoni, artriti purulente, peritoniti, flemmoni delle pareti addominali, pieliti e mastiti.

Naturalmente accanto a questi venivano messi in opera tutti quei rimedi che sembravano più adatti caso per caso.

Da qualche mese infine l'A. ha adottato l'abitudine di trasfondere sangue citratato e previamente sottoposto all'azione dei raggi ultravioletti; questa tecnica, che prende lo spunto da ricerche sperimentali e cliniche di Schittenhelm e di Fervers, ha dato buoni risultati così che l'A. si propone di applicarla ancora largamente. V. SERRA.

## NOTE DI DIETETICA.

**Il formaggio nella dieta dei dispeptici.**

F. Ramond, Nicolas e Leblanc (*Presse médicale*, 18 luglio 1934) trovano molto utile la somministrazione di formaggio ai dispeptici. Dagli esperimenti su animali, sono passati alle applicazioni cliniche, specialmente nell'ulcera gastro-duodenale. Soprattutto evidenti sono il rapido rifiorire dello stato generale, l'assenza di anemia e di dimagrimento, la rapida ripresa delle forze, senza contare, poi, che il malato è ben lieto di poter gustare questo cibo sapido e variato.

I formaggi scelti dagli AA. sono: il *gruyère* (formaggio tipo svizzero, a pasta dura, preparato con latte mezzo scremato); il *cantal* (formaggio a pasta dura non cotta, del tipo del nostro cacio-cavallo e provolone); olandese (ve ne sono varie specie, di grassi e di magri); *camembert* (formaggio di latte di vacca, a pasta molle, non cotto, nè pressato, leggermente salato) ed il *roquefort* (formaggio di latte pecorino con o senza aggiunta di latte di vacca: a pasta molle, friabile).

I formaggi duri si danno grattuggiati, al principio dei due pasti principali (1-2 cucchiai nel brodo di legumi, in puree, ecc.); quelli molli, su biscotto. L'uso può essere continuato indefinitamente. *fil.*

# TECNICA MEDICA.

### L'oscillografia clinica.

G. F. Capuani (*Cuore e Circolazione*, maggio 1934) descrive il metodo di registrazione della curva oscillografica (può ottenersi con adatti tensiografi ed anche col solo oscillometro di Pachon). L'oscillogramma, che se ne ottiene presenta differenze dallo sfigmogramma ed ha caratteristiche diverse, per esempio, nella ipertensione arteriosa e nella ipertonia pura. Il lavoro, con varî tracciati e ricco di particolari tecnici, per la sua indole non può riassumersi, ma è bene segnalarlo per il suo significato a quelli che si interessano di tali ricerche, che costituiscono un utile completamento dello studio della pressione sanguigna. *fil.*

# EPIDEMIOLOGIA.

### La mialgia epidemica.

Secondo quanto riferisce R. Huss (*Lancet*, 11 agosto 1934) ha infierito nella Svezia nel 1931; l'epidemia di tale anno era stata preceduta da altre. Non vi fu nessun caso di morte, ma in qualche malato, i forti dolori addominali hanno portato ad una laparotomia esplorativa, che dimostrò l'errore commesso.

Vi è stato inoltre un tipo toracico, con sintomi bilaterali, riferibili al torace inferiore. Le complicazioni più frequenti sono state l'orchite (50 casi) e la pleurite secca (una ventina). Rari sono stati i sintomi catarrali; in alcuni casi, si aveva euforia e senso di vampate alla faccia.

L'epidemia si è manifestata nei casi estivi ed autunnali e si è iniziata in un piroscafo che era rimasto un paio di giorni nel porto di Marstrand; pochi giorni dopo, un terzo della ciurma era colpito.

La malattia colpisce essenzialmente gli adolescenti. Nulla si sa circa la sua natura ed il modo di trasmissione; la comparsa nei mesi estivi fa pensare ad un insetto, mentre lo scoppio simultaneo di molti casi fa ritenere che si possa trattare di trasmissione idrica.

*fil.*

# MEDICINA SCIENTIFICA.

### Cloremia e sindrome tossica postoperatoria.

Chabanier e Lobo-Onell (*La Presse Médic.*, 13, 1934) ricordano come gli incidenti tossici postoperatori possono essere precoci e tardivi. I primi sopravvengono ai primi giorni e vanno dalla semplice insonnia e disappetenza ai vomiti frequenti con meteorismo da ricordare il quadro della peritonite, al collasso.

I disturbi tardivi sono meno frequenti e sopravvengono verso il 7° giorno e consistono in costipazione, inappetenza, lingua secca, nausea, vomiti. I sintomi possono aggravarsi e giungere al coma ed alla morte, col quadro classico dell'uremia. In entrambi i casi coesiste iperazotemia e quasi sempre ipocloremia. Per questo dato e per i miglioramenti che conseguono alla riclorurazione, i disturbi furono spiegati con la teoria ipocloremica.

Nella sindrome tossica postoperatoria si ha cioè un passaggio dei cloruri dal sangue verso i tessuti che ha per conseguenza una ipocloremia, ma non sempre, potendo aversi il fenomeno e tasso di cloruri nel sangue aumentato o normale, se questo trovavasi prima in alta concentrazione.

In questi casi allora è abbassato il rapporto tra cloro globulare e cloro plasmatico, e la terapia riclorurante non deve essere trascurata.

Il cloro del sangue è chiamato a neutralizzare le sostanze tossiche circolanti liberatesi dal focolaio operatorio.

L'ipocloruremia infatti si ha pure negli accidenti tossici dell'occlusione intestinale; nella *poussée* acuta iperazotemica con accidenti tossici dei nefritici cronici; nelle gravi ed estese ustioni; nel corso delle più svariate intossicazioni (funghi, carni guaste, mercurio); nel corso delle infezioni acute.

In tutte queste condizioni, la riclorurazione non è l'unico mezzo per neutralizzare la causa tossica, potendo con vantaggio ricorrere alla terapia glico-insulinica, che agisce con meccanismo analogo. R. GRASSO.

# VARIA

### Dati demografici nell'Italia.

Al 31 luglio 1934 la popolazione residente nel Regno ammontava a 42,932.000; la popolazione presente a 42.457.000.

L'eccedenza dei nati vivi sui morti risulta di 253.790 nei primi sette mesi del 1934, di 237.983 nei primi sette mesi del 1932. Si è avuto pertanto nei primi sette mesi del 1934 un incremento naturale della popolazione superiore di 15.807 a quello verificatosi nei primi sette mesi del 1933 e di 32,448 a quello verificatosi nei primi sette mesi del 1932. Ragguagliata alla popolazione, l'eccedenza dei nati sui morti rappresenta nei primi sette mesi del 1934 il 6,0, nei primi sette mesi del 1933 il 5,7 e nei primi sette mesi del 1932 il 5,3 per mille abitanti.

# PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

B. MARTINI. *L'azione curativa del « Neurovaccino Bruschettini » nella forma nervosa del cimurro dei cani.* — Tip. Cremona Nuova, 1934.

R. ONGANIA. *Per una sistematica utilizzazione di alcuni metodi biologici da parte del medico pratico nel campo della diagnosi dei tumori maligni.* — Poligrafico dello Stato, Roma, 1933.

Istituto Benito Mussolini, Roma. Relazione tecnico-finanziaria per l'anno 1933.

Atti Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Conferenze di cultura assicurativa dell'anno 1933. — Roma.

E. MORETTI. *La disinfezione dell'occhio artificiale.* — Tip. Andò, Palermo, 1934.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Cronaca del movimento professionale.

**Per la concessione gratuita dei campioni di specialità medicinali.**

In merito alle nuove norme regolanti la concessione di campioni di specialità medicinali ai sanitari, emanate dal Ministero delle Finanze con R. D. L. 27 dicembre 1933, n. 1746, e la cui rigorosa applicazione imporrebbe ai medici di conservare per un periodo di cinque anni e numerare progressivamente le distinte di accompagnamento dei campioni ricevuti, il prof. Eugenio Morelli, per il tramite della superiore Confederazione e del Ministero delle Corporazioni, ha fatto presente al Ministero delle Finanze l'impossibilità da parte dei medici di esplicare tali obblighi, preferendo rifiutare di accettare campioni medicinali piuttosto che sottostare a noiosi accertamenti e ad eventuali contravvenzioni.

La Confederazione Nazionale dei Sindacati Fascisti Professionisti ed Artisti non ha mancato di prospettare al Ministero delle Finanze l'opportunità di accogliere il voto espresso dalla Confederazione del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, ed il Ministero delle Finanze ha assicurato che la questione è già stata attentamente esaminata e che si sta ora studiando l'opportunità di alcuni temperamenti alle disposizioni accennate, diretti ad evitarne tutti gli inconvenienti.

## CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASOLO. — (Vedere TREVISO).

CAMPO TRENS (*Bolzano*). — Scad. 30 sett.; L. 7500 e 5 quadrienni dec., L. 750 uff. san., alloggio, 15 % stipendio iniziale per gestione armadio farm.; tassa L. 50.

CASTELLUCCHIO (*Mantova*). — Scad. 30 sett.; per Sarginesco; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1800-3500 trasp., indenn. ambulatorio; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). — Scad. 26 ott.; per Pozzuolo; L. 7000 oltre L. 1600 serv. att., c.-v., 5 sessenni dec., ecc.

FIRENZE. *Comune*. — Scad. 30 sett., ore 18; tre med. cond. supplenti; L. 8500 e 8 trienni di L. 710: indennità supplementare L. 1400, ecc. Tassa L. 50. Età limite 35 a. Chiedere annunzio.

FIUME. — Scad. 25 sett.; medico aiuto all'ufficiale san.; L. 13.700 oltre L. 3700 serv. att. Rivolgersi Municipio.

FOSSANO (*Cuneo*) (abitanti n. 21.846). *Ospedale Maggiore*. — È aperto, sino al 15 settembre 1934 il concorso, per titoli, a Primario Medico Direttore. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto. La Presidenza.

LARCIANO (*Pistoia*). — Scad. 15 sett.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., L. 3500 cavalc.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 10 ag.

LA SPEZIA. *Comune*. — Scad. 31 ott.; medico del dispensario com. per la profilassi della sifilide e delle malattie veneree; L. 7200 e 5 quinquenni dec.; età limite 45 a.; tassa L. 50.10. Rivolgersi Ufficio Comunale affari amministrativi (Personale).

MASONE (*Genova*). — Scad. 15 sett.; rivolgersi Segret. com.

MEDESANO (*Parma*). — Scad. 30 sett.; per Varano Marchesi; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 4000 trasp.; età limite 25-40 a.; tassa L. 50.

MONTECERIGNONE (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 29 ott.; L. 9000 e 4 quadrienni ventesimo, c.-v. L. 600, trasp. L. 2000, uff. san. L. 400; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

PETRIOLO (*Macerata*). — Scad. 20 ott.; L. 8000 e 3 quadrienni dec., L. 500-1000-2500 trasp., L. 700 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Ministero delle Colonie*. — Primario chirurgo nell'Ospedale Principale di Bengasi; stip. L. 19.000, indenn. serv. att. L. 5200, indenn. coloniale pari a 3/4 dello stipendio; riduzione 12 %; età limite 45 a.; un decennio di esercizio professionale.

SAN BIAGIO DI CALLALTA (*Treviso*). — Scad. 10 sett.; L. 8000 oltre L. 3500 trasp., c.-v.

SAN POSSIDONIO (*Modena*). — Scad. 30 ott.; lire 8500 e 10 bienni ventes. indenn. c.v., trasp., ambulat.

SUTRIO (*Udine*). — Scad. 30 ott.; con Cervivento; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att., L. 900 uff. san., L. 3000 automob. o cavallo, c.-v.; tassa L. 50,10.

TREVISO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. Concorso, per titoli, al posto di Aiuto Medico del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Treviso. Al posto è assegnato l'annuo stipendio di L. 8000 suscettibile di 5 aumenti quadriennali del decimo, e il supplemento di servizio attivo di annue L. 4000. Dette retribuzioni si intendono già ridotte ai sensi del R. D. L. 20-11-1930 n. 1491, però sono soggette alla riduzione disposta dal R. D. L. n. 561 del 14-4-1934 e alle altre ritenute di legge.

Presso lo stesso Consorzio Provinciale Antitubercolare di Treviso è aperto anche il concorso, per titoli, ai posti di Direttore delle Sezioni dispensariali di Vittorio Veneto e di Asolo. A detti posti è assegnato l'annuo stipendio di L. 5000 suscettibile di 5 aumenti quadriennali del decimo. Lo stipendio si intende già ridotto ai sensi del R. D. L. 20-11-1930 n. 1491. Esso però è soggetto alla riduzione di cui il R. D. L. del 14 aprile 1934, n. 561, nonchè alle altre trattenute di legge.

Le domande per tutti i posti di cui sopra, fatte in bollo da L. 3, accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le rispettive modalità si possono rilevare dai bandi di concorso del 25 luglio u. s., da richiedersi alla Segreteria del Consorzio, debbono pervenire alla Segreteria predetta in Treviso, non oltre le ore dodici del giorno 31 ottobre 1934 - XIII e. f.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale*. — La scadenza del concorso ai posti di Direttore e di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, bandito con avviso 20 giugno 1934-XII, è prorogata,

alle stesse condizioni, alle ore 17 del 17 settembre 1934-XII.

VITTORIO VENETO. — (Vedere TREVISO).

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Scuola Superiore di Danzica (Germania) ha nominato dottori *honoris causa* sir Thomas Oliver e il dott. E. G. Annis, l'uno e l'altro dell'Università di Durham (Inghilterra): il primo per le sue ricerche nel campo delle malattie professionali, il secondo per l'opera d'organizzazione svolta nel campo della sanità pubblica e nella lotta contro i tumori maligni.

Il prof. K. Krauspe, di Lipsia, è nominato prosettore nell'Ospedale Moabit a Berlino, posto già occupato da Benda e poi da Jaffé.

Il prof. Bernhard Zondek è chiamato alla direzione della Sezione ostetrico-ginecologica dell'Ospedale Hadassan-Rothschild in Gerusalemme.

Il prof. J. Knauer, di Breslavia, è chiamato alla cattedra di pediatria di Bonn.



## NOTIZIE DIVERSE.

### Conferenze e commissioni internazionali a Roma.

Si è chiuso negli scorsi giorni a Roma il corso internazionale di malariologia, da noi già annunziato, organizzato d'intesa con la Società delle Nazioni dal prof. G. Bastianelli, direttore dell'Istituto di Malariologia, con concorso del prof. A. Missiroli, direttore della Stazione Sperimentale Antimalarica della Direzione di Sanità.

Il corso è stato affidato al personale dei due Enti ed a studiosi italiani di valore.

Alla chiusura del corso sono stati invitati, dall'Estero, a tenere delle conferenze e delle dimostrazioni pratiche, alcuni dei massimi esponenti degli studi sulla malaria: S. R. Christophers (India), S. P. James (Inghilterra), G. Pittaluga (Spagna), Ed. Sergent (Algeria), W. Schulemann (Germania), N. H. Swellengrebel (Olanda), W. Yorke (Inghilterra); vi assisteva, come delegato, R. Senior-White (India). Sono stati pure invitati a tenere delle conferenze alcuni italiani esperti della malaria, delle bonifiche o della malarioterapia: S. De Sanctis, E. Jandolo, A. Lutrario, E. Marchiafava, G. B. Pancini, G. Pecori, M. Sella.

Per invito della Società delle Nazioni, si sono adunate a Roma due commissioni, l'una per lo studio della diffusione della malaria in rapporto alle varietà di Anopheles maculipennis, l'altra sulle reazioni sierologiche e sulla cura delle leishmaniosi. Le riunioni hanno avuto luogo rispettivamente nei locali della Stazione sperimentale antimalarica e dell'Istituto di patologia generale. L'Italia era rappresentata alla prima riunione dal prof. Missiroli e alla seconda dai proff. Franco, Monacelli e Vernoni.

### 9ª Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

La Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica:

L'Italia sarà rappresentata alla IX Conferenza internazionale contro la tubercolosi che si terrà a Varsavia dal 4 al 6 settembre, da circa 100 partecipanti, tisiologi ed igienisti e vi parteciperà al completo il Consiglio direttivo della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

La Delegazione ufficiale del Governo è così composta: S. E. on. prof. Raffaele Paolucci, presidente della Delegazione; on. prof. Eugenio Morelli, direttore dell'Istituto Benito Mussolini; prof. Arcangelo Ilvento, vice-direttore della Sanità Pubblica; sen. prof. Edoardo Maragliano; prof. Rocco Jemma, direttore della Clinica Pediatrica di Napoli; prof. Vittorio Putti, direttore dell'Istituto Rizzoli.

La Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi sarà rappresentata, oltre che dal presidente on. prof. Raffaele Paolucci, dal segretario generale, prof. Federigo Bocchetti.

Inoltre saranno rappresentati i seguenti Enti. Per l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: prof. Cesare Giannini, avv. gr. uff. Roberto Roberti. Per il Ministero della Guerra: ten. col. med. prof. Nicola Bruni, cap. med. prof. Emanuele Trepiccioni. Per la Croce Rossa Italiana: prof. Guido Mendes, dott. Pasquale Abruzzini. Per il Comune di Milano: prof. Umberto Carpi. Per il Comune di Bologna: prof. Gennaro Costantini.

Sono rappresentati inoltre tutti gli Istituti antitubercolari del Regno.

Sarà relatore generale alla Conferenza sul tema « Le forme mediche e chirurgiche della tubercolosi ossea ed articolare ed il loro trattamento » il prof. Vittorio Putti, e correlatori sul tema « Utilizzazione dei dispensari per il trattamento dei tubercolotici » il prof. Arcangelo Ilvento e sul tema « Le variazioni biologiche del virus tubercolare » i proff. Omodei Zorini e Puntoni.

La Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi ha preparato un'ampia relazione a stampa sullo stato attuale della lotta contro la tubercolosi in Italia che in pochi anni dall'applicazione delle leggi fasciste sulla assicurazione obbligatoria e sull'obbligatorietà dei Consorzi Provinciali Antitubercolari, volute dal Capo del Governo, ha raggiunto la percentuale fra le più basse della mortalità per tubercolosi nel mondo.

Alla Conferenza Internazionale di Varsavia parteciperanno 42 nazioni, e dalle notizie giunte risulta che l'Italia invia il numero più grande di congressisti, iscritti a parlare, oltre i relatori e correlatori ufficiali sui varî argomenti messi all'ordine del giorno, con comunicazioni su studi e ricerche fatte nei varî Istituti e Sanatori del Regno; segno questo dello spirito nuovo dell'Italia Fascista che riconquista il suo posto di primato anche nel campo scientifico e dell'assistenza sociale.

In occasione di questa Conferenza Internazionale è stato organizzato dalla Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi un viaggio collettivo d'istruzione e vi parteciperanno oltre cinquanta congressisti italiani; sono previste sedute scientifiche nelle varie tappe: Vienna, Cracovia, Mosca, Leningrado.

Durante il soggiorno a Varsavia sarà organizzata dalla Federazione una rievocazione commemorativa dell'eroico colonnello Nullo di Bergamo, morto nella guerra dell'Indipendenza Polacca contro la Russia.

Anche per questa Conferenza sono stati impartiti ordini a tutti gli iscritti a parlare, che la lingua da adoperare sia solo l'italiana.

### 2° Congresso italiano di medicina del lavoro.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri, con determinazione del 24 luglio scorso, ha autorizzato la Società Italiana di Medicina del Lavoro a promuovere in Torino, dal 20 al 23 ottobre prossimo venturo, l'Undicesimo Congresso Nazionale della Società stessa. Questo Congresso, che già si profila di eccezionale importanza per il contributo di studi italiani nel campo della Medicina del Lavoro, è il primo che ha luogo dopo l'entrata in vigore della Legge sull'Assicurazione obbligatoria di alcune malattie professionali; legge che — come è noto — costituisce la conseguenza diretta di uno dei fondamentali paragrafi della Carta del Lavoro sanciti dal Duce. In tal modo la previdenza e l'assicurazione contro le malattie professionali sono assurte per volere del Capo del Governo alla più alta importanza diventando legge benefica che interessa già, nelle categorie finora contemplate, un numero imponente di operai e che nei desideri del lavoratore deve sempre più estendersi e perfezionarsi.

Questo Congresso oltre che motivo di scambio di studi, di indirizzi, di ricerche è, nell'animo degli organizzatori e di quanti già hanno espresso la propria partecipazione attiva, doveroso omaggio di riconoscenza al Duce il quale ha realizzato una delle massime provvidenze di Stato a favore degli operai. L'assicurazione obbligatoria che fu prestabilita, come si è detto, nella stessa Carta del Lavoro, è diventata oggi Legge e Codice: essa benefica e protegge milioni e milioni di cittadini e le loro famiglie; è la Nazione tutta dunque che già ne trae i frutti, è la razza quella che più profondamente ne risentirà, migliorandosi e rinvigorendosi.

La Scuola Medica Italiana e particolarmente quella della Medicina del Lavoro che conta insigni maestri metterà in evidenza nel prossimo Congresso il geniale contributo italiano nel campo della prevenzione e della cura delle malattie del lavoro. La Presidenza della Commissione organizzatrice (prof. Quarelli) e la Segreteria generale (prof. Vigliani) hanno sede in Torino, corso Vittorio Emanuele 8.

### Congresso medico italo-ungherese.

Il Congresso promosso dalla Società Italiana di Otorinolaringologia, che, con l'autorizzazione di S. E. il Capo del Governo, si inizierà il 6 settembre p. v. in Padova e si chiuderà a Budapest, va assumendo sempre più rilevante importanza, non soltanto per gli argomenti scientifici che verranno svolti dai maggiori cultori della specialità sia italiani che ungheresi, ma anche per la partecipazione ad esso di eminenti scienziati, nonchè per le visite d'istruzione e le sedute operatorie che seguiranno nei principali ospedali e in alcune cliniche di Budapest.

Contemporaneamente al Congresso predetto avrà pure luogo in Padova il Congresso annuale della Società Italiana di Fonetica sotto la presidenza dell'on. prof. S. Baglioni.

Il prof. Malan, della R. Università di Torino, presidente della Società ed il prof. Arslan, della R. Università di Padova, presidente del Comitato ordinatore, lavorano alacremente perchè la manifestazione prossima riesca degna delle tradizioni della scienza italiana.

### Per una società italiana di anestesia ed analgesia.

Un Comitato provvisorio si è fatto promotore della costituzione di una Società Italiana di Anestesia e di Analgesia; è costituito dei proff.: R. Alessandri, G. Tusini, O. Uffreduzzi, A. M. Dogliotti segretario relatore. La riunione preliminare avrà luogo in Roma alle ore 10 di lunedì, 24 settembre c. a., nella R. Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I, cortesemente posta a disposizione dal prof. Alessandri.

A questa riunione sono invitati non soltanto i cultori della Chirurgia generale e speciale per i quali l'anestesia è parte integrante della loro attività, ma anche medici e neurologi che si siano particolarmente interessati della fisiopatologia e del trattamento del dolore, i fisiologi e farmacologi che intendano portare la loro collaborazione quanto mai preziosa allo studio dei problemi di chimica fisiologica e di fisiologia sperimentale inerenti ai varî metodi di anestesia.

Durante la riunione, sarà discussa una relazione presentata dal segretario del Comitato provvisorio, e saranno stabilite le norme fondamentali della nuova Società per la nomina dei soci e della

presidenza e per stabilirne l'attività scientifica e pratica: riunioni, pubblicazione di un Giornale di Anestesia, partecipazioni a congressi, ecc.

Si prega di comunicare al segretario A. M. Dogliotti, R. Clinica Chirurgica, Ospedale S. Giovanni, Torino, la propria partecipazione alla riunione ed eventuali osservazioni in proposito.

**2° Convegno dei medici letterati e artisti.**

Si è tenuto a Viareggio, con l'intervento di circa 200 sanitari. L'inaugurazione ebbe luogo nella mattinata del 18 agosto al teatro Kursaal, presenti le principali autorità provinciali e cittadine. S. E. Morelli, presidente dell'Azienda della Versilia, ha portato ai congressisti il saluto del podestà di Viareggio e il suo personale ed ha ricordato i nomi e le glorie dei più illustri medici scrittori ed artisti, bene auspicando da ultimo ai lavori del convegno.

Su relazione del prof. Berri di Genova, è stata dichiarata costituita l'Associazione nazionale dei medici artisti.

Nel pomeriggio, i partecipanti si sono recati a Torre del Lago, per rendere omaggio al maestro Giacomo Puccini, sulla cui tomba hanno deposto una corona di alloro. Ha commemorato il maestro il dott. Bennati, direttore dell'« Italia medica » e di « Nicia ». Si è svolto poi un concerto vocale, durante il quale è stata eseguita musica del Maestro.

In quella città sono continuati i lavori. Il convegno si è chiuso a Montecatini con un riuscitissimo concerto al Teatro Imperiale e musiche di medici, col concorso della soprano Albanese e dell'Orchestra stabile fiorentina diretta dal maestro Zamboni.

**Azioni giudiziarie.**

Si contestava il reato di falsa perizia al prof. Ruggero Balli, rettore della R. Università di Modena. I fatti si erano così svolti: un medico, adoperando il radio nella cura di un eritema facciale, deturpava, invece di guarirlo, il malato, aggravandogli il male. Esclusa la responsabilità penale del medico il malato infine promosse contro l'ex curante giudizio di risarcimento. Il Tribunale civile di Roma incaricò il prof. Ruggero Balli di eseguire una perizia, per accertare le materiali responsabilità del medico curante. Il prof. Balli concluse, appunto, sia nella perizia principale, sia in quella supplementare ordinata dalla Corte d'Appello su gravame interposto dal medico convenuto, che quest'ultimo fosse pienamente responsabile del fallimento della cura.

Da qui nasceva la querela di falsa perizia contro il prof. Balli. In seguito ad una dettagliata e completa memoria, redatta dall'on. Titta Madia, il quale, assieme all'avv. Orta ha difeso il prof. Balli, il P. M. cav. Felici concludeva la sua requisitoria domandando al giudice istruttore il proscioglimento del prof. Balli dall'accusa di falsa perizia con la formula più ampia: e conformemente a tale richiesta ha deciso il giudice istruttore avv. cav. Angiolillo, assolvendo il prof. Balli perchè il fatto non costituisce reato.

**Un po' dovunque.**

Il ministro d'Italia a Vienna, S. E. Preziosi, ha fatto pervenire al nostro Ministero degli Esteri una particolareggiata relazione sul contenuto della conferenza tenuta dal prof. Alberto Ascoli, dietro invito della Società Viennese di Biologia, sugli « Attributi biologici dei processi infiammatorii », riferendo le risultanze raggiunte dal vaccino antitubercolare Calmette in animali infettati poi col virus aftoso, dimostrando che la maggiore resistenza è un attributo biologico della infiammazione e si osserva anche nel contagio naturale col virus tubercolare.

L'« Alliance d'hygiène sociale », presieduta da Georges Risler, si adunerà a Lione dal 7 al 9 ottobre. Le adesioni sono gratuite; le ferrovie francesi accordano una riduzione del 50 % sul prezzo dei viaggi. Gli atti del congresso saranno posti in vendita al prezzo di fr. 20. Inviare le adesioni, non oltre il 15 settembre, al segretario del comitato lionese, prof. Rochaix, rue Pasteur 61, Lyon; oppure alla segreteria generale della Società, rue Las-Cases 5, Paris 7e.

L'8° congresso delle Società francesi d'oto-neuro-oftalmologia, previsto per il 1934 a Barcellona, ha dovuto essere rimandato, a causa di difficoltà impreviste; si assicura ora che verrà indetto a Nizza per le vacanze pasquali del 1935. Rivolgersi al segretario generale della Società, Dr. Auguste Tournay, rue de Vaugirard 58, Paris 6e.

La Società dentaria americana d'Europa si è adunata a Londra dal 31 luglio al 3 agosto.

Il 9° Congresso dei ginecologi e ostetrici di lingua francese si terrà ad Algeri dal 15 al 17 aprile 1935, sotto la presidenza onoraria del dott. Henrotay.

Il 2° congresso argentino di ostetricia e clinica ginecologica si è tenuto a Buenos Aires, nei locali dell'Associazione Medica Argentina, dal 22 al 28 luglio. Vi erano rappresentati ufficialmente il Brasile, il Cile e l'Uruguay.

Si è costituita a Buenos Aires un'Associazione medica di kinesologia; ne è presidente il dottore Octavio C. Fernández, segretario il dott. Arturo León López.

Dal 24 al 26 maggio, sotto gli auspici della Facoltà medica di Montevideo, si sono svolte le « giornate mediche di Colonia ». Nella storica città dell'Uruguay si dettero convegno molti medici, venuti anche dall'Argentina. Il decano della Facoltà di Montevideo, prof. Rossello, in un interessante discorso, illustrò il concetto che le giornate mediche equivalgono a corsi di perfezionamento. Furono tenute una trentina di conferenze, di lezioni, di dimostrazioni e di comunicazioni su argomenti d'attualità.

Un corso d'igiene e medicina tropicale si terrà presso l'Istituto per malattie navali e tropicali di Amburgo, dall'8 ottobre all'8 dicembre. Rivolgersi allo: Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Bernard Nocht-Strasse 74, Hamburg 4, Germania.

Un corso di pratica chirurgica in oto-rino-laringologia sarà tenuto dal prof. Portmann, dell'Università di Bordeaux, a Parigi, dal 18 al 24 ottobre. Rivolgersi al prof. Portmann, Bordeaux.

Un corso di chirurgia infantile avrà luogo a Bordeaux dal 22 al 27 ottobre sotto la direzione del prof. H. L. Rocher; tassa 200 franchi. Rivolgersi allo: Hôpital des Enfants, cours de l'Argonne 168, Bordeaux.

Un corso sulla patologia medica del rene si terrà a Barcellona dall'8 ottobre al 7 novembre, sotto la direzione del dott. Esquerdo; tassa 50 pesete. Rivolgersi a: Hospital de Santa Cruz y San Pablo, Depositaria, Barcelona, Spagna.

L'Ospedale di Circolo di Legnano è dichiarato sede di tirocinio per gli studenti della Facoltà di medicina di Pisa.

A Parigi verrà eretto, dall'« Assistenza Pubblica », un nuovo ospedale, sul posto già occupato dall'Ospedale Beaujon; avrà una capacità limitata a 47 letti e sarà riservato unicamente alle cure d'urgenza per gl'infortunati della strada. Il preventivo della spesa importa 4.636.000 franchi, che verranno prelevati dal legato Marmottan; per il funzionamento è prevista la spesa di 974.000 franchi l'anno.

All'Università di Königsberg è stato costruito un nuovo Istituto anatomico, con direttive modernissime. L'edifizio è costato 1.750.000 marchi; l'aula è capace di 250 posti.

Il patrimonio del Brefotrofio provinciale di Roma, secondo un decreto reso ora di pubblica ragione, è devoluto alla Provincia di Roma, cessando il Brefotrofio stesso di essere istituzione pubblica d'assistenza e beneficenza. Il provvedimento determina che entro il 31 dicembre 1935 le Provincie di Frosinone e Viterbo assicureranno con propri mezzi il funzionamento del servizio di assistenza agli illegittimi nei Comuni delle rispettive circoscrizioni, ai quali si estendeva la beneficenza dell'Opera pia « Brefotrofio provinciale di Roma ».

L'ente « Aide aux enfants paralysés » di Parigi ha fondato un centro di selezione e di cura, il quale comprende: un consultorio per la selezione, un gabinetto di neurologia, un servizio d'ospedalizzazione temporanea, un servizio di ginnastica e di educazione motrice, un servizio sociale.

Un anonimo ha donato 39.000 sterline (circa 2 milioni e mezzo di lire it.) all'Università ebraica di Gerusalemme, per organizzare degli studi sulle cause e la cura del cancro.

I medici negri di New York hanno fondato una società, la « Central Harlem Medical Society ».

Nel Giappone si disponeva sin'ora di soli 2 grammi di radio. Ora se ne sono acquistati altri 5 grammi (provenienti dal Congo belga), grazie a una donazione della famiglia Mitsui, dell'importo di un milione di yen (incirca 3 milioni di lire it.); di essi 4 grammi sono destinati alla terapia del cancro ed 1 grammo a ricerche di fisica.

Nella Clinica pediatrica di Bologna è stata commemorato il prof. Carlo Francioni, in occasione del 3° anniversario della morte. Parlarono il successore, prof. Maurizio Pincherle, e la marchesa Isolani, lumeggiando rispettivamente il valore scientifico e clinico dello scomparso e le sue benemerenze sociali verso l'infanzia.

Dopo la rivoluzione bolscevica i russi — spingendo all'estremo la loro preoccupazione d'egualitarismo — hanno rinunziato ai privilegi che loro erano conferiti in Cina dal regime dell'extra-territorialità. È così che in Manciuria, appena proclamata l'indipendenza, molti russi sono passati sotto la giurisdizione dei tribunali locali. Un medico russo di Kharbina, dott. Golubeff, per non avere saputo salvare la moglie di un funzionario locale, è stato ora condannato dai tribunali a due anni di prigione e 8000 lire d'ammenda; ciò ha destato l'indignazione della colonia russa e di tutti gli europei.

Si è spento il prof. LÉON BERNARD, promotore e organizzatore della lotta antitubercolare in Francia. Era amicissimo del nostro Paese: i nostri lettori ricorderanno la conferenza da lui tenuta a Parigi e ripetuta a Roma, sul tema « Ciò che la medicina deve all'Italia ».

È morto il prof. OSCAR POLANO, direttore emerito della Policlinica ginecologica dell'Università di Monaco; contava 61 anni.

# Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

☛ ***Pubblicazione indispensabile a tutti i medici condotti:***

**Prof. Dott. MARIO FLAMINI** Docente di Clinica Pedriatrica nella R. Università, Direttore del Brefotrofio Provinciale di Roma.

# Manuale di PEDIATRIA PRATICA

*Affinchè i signori Medici possano rendersi conto della importanza pratica del volume che è già pervenuto alla 3ª edizione*, ne riportiamo qui di seguito l'INDICE SISTEMATICO:



Volume di pagg. XII-452, con 118 figure nel testo. Prezzo L. **55,** più le spese postali di spedizione.
Per gli abbonati al « Policlinico » solo L. **48** in porto franco.
*Per l'estero, alle L.* **48,** *aggiungere L.* **5** *per le occorrenti maggiori spese di spedizione raccomandata.*

... Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore Luigi Pozzi, via Sistina 14, oppure presso l'Ufficio Postale succursale diciotto, Roma.

ANNO XLI Roma, 10 Settembre 1934 - XII Num. 36

# "IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

**SEZIONE PRATICA**

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## LAVORI ORIGINALI

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
REPARTO DI PATOLOGIA DIGESTIVA E DIETETICA
Primario: Prof. PAOLO ALESSANDRINI.

### L'esame della funzionalità pancreatica a mezzo della determinazione della diastasi nel sangue.

Dott. GIORGIO LOLLI, assistente.

**Nota preventiva.**

Sovente il medico e il chirurgo, davanti a quadri sintomatologici addominali oscuri, specie se riferibili genericamente alla metà superiore dell'addome, « pensano » oggi al pancreas. In realtà la clinica, pur forte di tutti i sussidi radiologici e chimico-fisici, fornisce raramente (cisti voluminose, neoplasie maligne), gli elementi atti a mutare il sospetto di una lesione pancreatica nella certezza necessaria per la formulazione diagnostica e prognostica, per il provvedimento terapeutico. Anche la forma di lesione pancreatica più clamorosa, drammatica, quella che per la sua minacciosa gravità, esige un'impellente decisione operatoria, la necrosi acuta, emorragica dell'organo, raramente può venire accertata; essa costituisce anzi spesso l'imprevisto reperto di un intervento stabilito sulla base di una diagnosi errata. Eppure le osservazioni antiche e recenti degli anatomo-patologi, convalidate da quelle « in vivo » dei chirurgi, concordano nell'ammettere la straordinaria frequenza di lesioni pancreatiche. Numerosissime affezioni di organi vicini e lontani, influiscono sullo stato anatomico e funzionale del pancreas. D'altro canto le alterazioni primarie di quest'organo possono certamente avere ripercussioni in svariati distretti dell'organismo.

La semeiologia fisica, salvo che per grosse cisti o tumori, non ci fornisce dati apprezzabili; l'analisi del sintoma dolore (sede, intensità, irradiazioni) all'atto pratico si dimostra più che aleatoria; l'indagine radiologica, non può darci che segni di lesioni piuttosto grossolane. Resta l'indagine funzionale: su di essa si è prevalentemente concentrata l'attenzione, nella speranza che la chimica e fisica biolo-

giche, oggi così sottilmente precise, potessero risolvere il complesso problema. La realtà non ha però corrisposto in pieno alle aspettative. Mentre lo studio della secrezione interna pancreatica (che non è oggetto delle nostre ricerche) ha fornito risultati indiscussi, lo studio della secrezione esterna non ci ha permesso per ora di trarre conclusioni sicure sullo stato funzionale del pancreas. La possibilità di stabilire una lesione pancreatica a mezzo dell'esame funzionale della secrezione esterna, urta contro le seguenti principali difficoltà:

1) La funzione dell'organo può essere conservata in pieno anche in caso di lesioni estese ma non totali. Talora una piccola porzione dell'organo, supplisce sufficientemente la restante parte minorata.

2) Esistono supplenze funzionali da parte di altri organi.

3) Lo studio della funzionalità pancreatica che è basato su tutte e tre, o su una o due delle tre attività digestive del succo pancreatico, offre ancora difficoltà non comuni di indole tecnica. Mentre gli ostacoli di cui ai numeri 1 e 2, non sono facilmente sormontabili, si può sperare che la valutazione quantitativa dell'attività fermentativa del pancreas, possa col tempo raggiungere una precisione maggiore dell'attuale.

Tralascio un esame critico dei vari metodi atti a svelare qualitativamente e a valutare quantitativamente, rispettivamente i fermenti lipolitici, proteolitici, amilolitici. Essi sono oramai tutti di uso corrente in clinica, sebbene incerti siano i risultati da essi forniti. Mi soffermo invece sul metodo di Ottenstein, che per la sua semplicità e per l'essere stato recentemente oggetto di accurate ricerche da parte di un'autorità in materia quale è il Katsch, ha richiamato la mia attenzione. Esso mira a valutare la diastasi nel sangue, e la sua esecuzione è semplice e precisa: Si aggiunge a una soluzione acquosa al 0,3 % di glicogeno purissimo, di recente preparata, una quantità determinata di sangue. Si lascia la miscela in termostato a 37 gradi per due ore. La diastasi sanguigna libera in questo tempo glicosio dal glicogeno. Subito dopo estrazione dal termostato si determina (previa dealbuminizzazione) il contenuto in glicosio della miscela. Se dal valore in glicosio così ottenuto, si sottrae il valore precedentemente stabilito della glicemia a digiuno del paziente in esame, e il valore, pure determinato in precedenza, indicante il potere specifico di riduzione della soluzione di glicogeno utilizzata, si ha una cifra che fornisce un criterio abbastanza preciso del potere diastasico del sangue in esame. Le determinazioni del glicosio sono state praticate, nelle ricerche qui riferite, col preciso metodo di Hagedorn-Jensen.

Katsch, al cui ampio lavoro rimandiamo per ulteriori dettagli, ha sperimentato il metodo in più di mille casi, in affezioni svariate, e ha ottenuto risultati più sensibili che non col metodo di Wohlgemuth (nelle orine).

Mentre i valori normali oscillano per Ottenstein tra 130 e 170 mmgr. %, per Katsch si può parlare di normalità tra 120 e 220 mmgr. per cento.

La presente nota si basa soltanto sullo studio di 25 casi, esigui invero di fronte alla ricca statistica di Katsch. Non pretendiamo in base ai pochi dati di voler trarre delle conclusioni definitive, nè intendiamo riportare in tabelle di scarso significato tutte le cifre ottenute. La nostra esperienza, ci permette però di esprimere i seguenti giudizi:

1) le cifre della diastasi sanguigna determinate col metodo di Ottenstein, oscillano costantemente in individui normali entro i limiti formulati da Katsch; ripetute determinazioni, eseguite negli stessi soggetti a distanza di giorni, ma a condizioni di esperienza eguali, hanno dato valori pressocchè identici;

2) In affezioni infiammatorie del tubo gastro-enterico, gastriti, gastro-enteriti, enterocoliti non specifiche, abbiamo talora trovato valori modicamente elevati, oscillanti sui 300 mmgr % (risentimento pancreatico? aumentata permeabilità ai fermenti pancreatici delle pareti del tubo gastro-enterico leso?;)

3) in due casi di tumore della testa del pancreas, abbiamo osservato valori fortemente elevati (sui 600 mmgr %). La ricerca della diastasi sanguigna ci è stata utile sussidio diagnostico. La bontà del metodo è stata confermata dal reperto anatomico;

4) Nella cirrosi epatica (due casi) abbiamo trovato valori elevati (sui 300 mmgr. %). Si tratta di una partecipazione pancreatica al processo cirrotico?

5) però per le ragioni già esposte (ampia possibilità di supplenze funzionali da parte di porzioni residuate sane dell'organo; intervento di organi a funzione analoga) riteniamo che anche con questo metodo l'interpretazione dei dati offra non poche difficoltà.

Solo in caso di cifre fortemente devianti dalle normali la ricerca può aver valore sufficientemente probativo.

Grande importanza ci sembra invece spettare al metodo, per la valutazione fisiologica della funzione pancreatica nell'individuo normale.

La sua semplicità, la sua precisione, la sua costanza nello stesso soggetto a distanza di tempo, la possibilità che esso offre di indagare anche contemporaneamente la secrezione interna (a mezzo della glicemia), lo raccomandano all'attenzione del ricercatore. Noi crediamo che con tal metodo sarà possibile ad esempio studiare le modalità della risposta secretiva pancreatica rispetto ai vari fattori alimentari. Abbiamo già iniziato ricerche in tal senso, ma i dati sino ad ora ottenuti, sono troppo esigui per poter esser resi noti.

CONCLUSIONI.

La ricerca della diastasi sanguigna praticata col metodo di Ottenstein, raccomandato da Katsch, è tecnicamente semplice ed offre garanzie probabilmente superiori a quelle di altri metodi in uso; mentre per vari motivi il metodo di Ottenstein, come del resto tutti gli altri metodi, ha un valore semeiologico decisivo soltanto in un esiguo numero di casi, esso sembra essere particolarmente adatto allo studio fisiologico della secrezione pancreatica dell'uomo sano.

RIASSUNTO.

L'Autore illustra il metodo di Ottenstein per la determinazione della diastasi nel sangue e, in base ai primi risultati ottenuti formula alcune considerazioni circa il reale valore del metodo stesso.

BIBLIOGRAFIA.

OTTENSTEIN. Biochem. Z., 1931, 350.
KATSCH. Münch. Med. Woch., 1934.



# NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVICO REGINA ELENA - TRIESTE
IV DIVISIONE MEDICA
diretta dal primario Dott. A. COFLERI.

## Contributo alla conoscenza dell'ittero epatico.

Dott. LEOPOLDO WINTERNITZ, aiuto e docente.

L'argomento di questo studio costituisce uno dei capitoli più intricati della patologia del fegato. Le difficoltà sono dovute principalmente all'incertezza delle conoscenze anatomo patologiche, perchè la grande maggioranza delle malattie di questo gruppo evolve verso la guarigione. All'incertezza anatomo patologica consegue un confusionismo nella nomenclatura, generato specialmente da coloro che portano criteri istopatologici nella classificazione clinica di malattie, in cui il controllo istologico generalmente viene a mancare. Si aggiunga a ciò il fatto che la malattia più tipica di questo gruppo, l'ittero cosidetto catarrale, venne per molti anni considerato come di origine angiocolica e da alcuni (Naunyn, Umber) lo viene considerato tuttora.

Per ittero epatico si intende una sindrome itterica dovuta a lesioni del parenchima epatico. Il quadro clinico della malattia che può essere molto diverso per differenze di gravità, presenta quasi sempre due fasi: una preitterica caratterizzata da sintomi generali e sintomi riferibili a turbe funzionali dell'apparecchio digerente ed una fase itterica. Quest'ultima può risolversi con la guarigione oppure terminare con l'atrofia giallo acuta o sub acuta dell'organo.

La modalità dell'evoluzione è certamente dipendente dalla predisposizione del soggetto e dall'intensità con cui ha agito la causa morbigena, mentre è sempre indipendente dalla qualità di quest'ultima. Per questo motivo la sintomatologia clinica di un determinato caso di ittero epatico non permette di inferire sull'agente ezologico che lo ha determinato. Infatti sappiamo che, per nominare soltanto le forme cliniche di più frequente osservazione, tutti gli itteri infettivi, gli itteri della donna gravida, l'ittero da atophan, l'ittero da salvarsan e quello sifilitico del periodo secondario, nonchè l'ittero da acido picrico, rivestono tutti un tipo unico che è poi quello del cosidetto ittero catarrale (Eppinger, Chabrol, Widal-Abrami, Lepehne).

L'indagine anatomo patologica, assai scarsa in questo gruppo di malattie, presenta dei quadri abbastanza uniformi consistenti in dege-

nerazioni e necrosi cellulari, mentre i canalicoli biliari si presentano integri.

Anche in questo rapporto le alterazioni variano per quantità e non per qualità e non hanno alcuna specificità rispetto all'agente morbigeno. Per questo motivo concetti istopatologici come quelli di « epatosi » ed « epatite » non possono essere posti a base di una classificazione degli itteri epatici, nè essi trovano in pratica un'applicazione uniforme da parte dei vari Autori.

Così l'Eppinger ammette l'esistenza di degenerazioni del parenchina del fegato (epatosi) e di alterazioni interstiziali (epatiti). Tutte e due possono riscontrarsi nel cosidetto ittero catarrale. Invece il Lepehne distingue epatiti acute con ittero ed epatosi con ittero. Al primo gruppo apparterrebbero il cosidetto ittero catarrale, l'ittero luetico e l'ittero da salvarsan, mentre fanno parte del secondo gruppo le itterizie tossiche (da veleni) e l'ittero gravidico. Non presentando il quadro clinico, nè, per quanto si sa attualmente, quello anatomo patologico una differenza in rapporto alla causa determinante, soltanto l'analisi anamnestica può permettere la differenziazione delle varie forme di ittero epatico e qualsiasi tentativo di classificazione deve per ora limitarsi ad un elenco delle varie cause che hanno cagionato la malattia. Queste possono distinguersi in parassitarie, batteriche e chimiche.

Nel gruppo degli itteri epatici si possono isolare più per dati negativi che positivi quei quadri clinici che passano sotto il nome di ittero catarrale, comprendenti forme ad eziologia non sempre bene definita e forse di varia natura; ma ad andamento sempre molto benigno.

Nell'intraprendere questo studio mi sono proposto i seguenti quesiti:

1) quali sono le cause più frequenti degli itteri epatici;

2) quando è lecita la diagnosi di ittero catarrale e quale ne è la causa.

Il materiale di queste ricerche è costituito dagli ammalati di ittero epatico osservati dal 1922-1932 nella IV Divisione medica dell'Ospedale Civico Regina Elena. Nello studio delle cause non mi sono limitato a quei fattori verificatisi immediatamente prima dell'insorgere dell'itterizia, ma ho preso in considerazione anche malattie remote il cui nesso col fegato è accertato o per lo meno sospetto, partendo dal concetto che quando affezioni latenti si rendono manifeste per il sopraggiungere di una nuova causa ledente, talvolta spetta maggior importanza al fatto predisponente che a quello determinante. Alcune volte più malattie capaci di danneggiare il fegato si trovavano riunite nell'anamnesi dello stesso individuo e l'importanza di questo fatto verrà rilevata in seguito. Altre volte — ma più rare — nessun dato anamnestico od obiettivo permetteva di ammettere una preesistente lesione del fegato o una causa determinante bene precisata. Il significato di tale rilievo verrà pure valutato volta per volta nelle singole parti di questa trattazione.

Tolti i casi di itterizia da tumori o calcolosi, nonchè le cirrosi con ittero — itteri emolitici non furono osservati; essi sembrano essere estremamente rari nella nostra regione — rimasero per le mie ricerche 65 casi di ittero epatico di cui 33 maschi e 32 femmine, distribuiti per annate e sesso come segue:

TABELLA I. — *Casi osservati distribuiti per annata e sesso.*

| Anno | | Maschi | | Femmine | | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1922 | Maschi | 11 | Femmine | 2 | Totale | 13 |
| 1923 | » | 2 | » | 4 | » | 6 |
| 1924 | » | 1 | » | 2 | » | 3 |
| 1925 | » | 3 | » | 3 | » | 6 |
| 1926 | » | 2 | » | 1 | » | 3 |
| 1927 | » | 2 | » | 5 | » | 7 |
| 1928 | » | 3 | » | 4 | » | 7 |
| 1929 | » | 0 | » | 1 | » | 1 |
| 1930 | » | 2 | » | 3 | » | 5 |
| 1931 | » | 1 | » | 5 | » | 6 |
| 1932 | » | 6 | » | 2 | » | 8 |
| | | 33 | | 32 | | 65 |

Dalla tabella si deduce che la malattia è pressochè ugualmente distribuita fra i due sessi e inoltre si nota un notevole accumulo di casi nel 1922 ciò che corrisponde appunto a quell'annata del dopo guerra in cui tutti gli Autori trovarono un notevole aumento delle itterizie.

Nella seguente tabella i casi si trovano distribuiti secondo i loro presunti fattori predisponenti o determinanti. Furono indicati i fattori ritenuti prevalenti; accanto a questi, in molti casi, si trovano altri fattori secondari che verranno esaminati in seguito.

TABELLA II. — *Casi distribuiti secondo i loro presunti fattori predisponenti o determinanti.*

| Fattore | | Casi |
|---|---|---|
| Infezione luetica pregressa | casi | 25 |
| Infezione luetica sospetta | » | 4 |
| Tubercolosi polmonare | » | 7 |
| Malaria | » | 4 |
| Alcoolismo | » | 2 |
| Gravidanza | » | 3 |
| Atophan | » | 1 |
| Derivati da acido salicilico | » | 1 |
| Basedow | » | 1 |
| Epilessia | » | 1 |
| Tifo | » | 2 |
| Vizio cardiaco | » | 1 |
| Nessuna eziologia o causa predisponente | » | 13 |

Ora passerò in rassegna il valore eziologico che deve attribuirsi alle malattie sopra elencate in rapporto all'itterizia.

INFEZIONE LUETICA. — Dalla tabella si rileva che numerosi casi di ittero epatico sono in qualche relazione con la sifilide. I 25 casi osservati sopra i 65 totali rappresentano il 38,45 per cento, tenendo conto dei 4 casi sospetti, la percentuale sale a 44.6 %. I casi distribuiti per sesso, età e affezione luetica, si presentano come segue:

| Età | Maschi Luetici | Maschi Totali | Femmine Luetiche | Femmine Totali | Totali Luetici | Totali Totali |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15-20 | 0 | 3 | 1 | 3 | 1 | 6 |
| » 21-25 | 2 | 9 | 3 | 4 | 5 | 13 |
| » 26-30 | 3 | 9 | 1 | 6 | 4 | 15 |
| » 31-35 | 2 | 3 | 1 | 7 | 3 | 10 |
| » 36-40 | 3 | 4 | 3 | 4 | 6 | 8 |
| » 41-45 | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 |
| » 46-50 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| » 51-55 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| » 56-60 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| » 61-65 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| » 66-70 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 13 | 33 | 12 | 32 | 25 | 65 |

Dalla tabella si osserva che la lues è ugualmente distribuita nell'itterizia rispetto ai maschi ed alle femmine e l'indipendenza del fattore età. I casi possono essere suddistinti in tre gruppi:

*Primo gruppo*: quelli in cui come causa predisponente all'ittero può essere considerata soltanto la lues in assenza di altre malattie pregresse o cure antiluetiche recenti: 7 casi. Essi in parte ignoravano l'affezione, in parte ne erano a conoscenza.

*Secondo gruppo*: quelli in cui oltre alla lues anche un'altra malattia poteva essere considerata come causa predisponente all'affezione: 4 casi. Di questi uno era affetto da 26 anni da osteomielite cronica, l'altro era affetto da lues da un anno, e da una tenia da due anni; il terzo aveva avuto 6 anni prima la malaria; il quarto aveva avuto il tifo 10 anni prima.

*Terzo gruppo*: quelli in cui l'itterizia poteva essere imputata ad una recente cura antiluetica a cui era stato sottoposto il paziente.

A questi 25 casi di lues accertata devono aggiungersi 4 casi sospetti di lues e precisamente uno con Wassermann debolmente positiva, con fegato ingrandito duro e dolente; un secondo aveva avuto due anni prima un'iniezione di calomelano per un'affezione della cute sospetta di sifilide però con Wassermann ripetutamente negativa. Terza, una donna con pupille rigide e Wassermann due volte negativa, esame del liquido cerebro spinale pure negativo. Questa aveva avuto inoltre un tifo quattro anni prima. Il quarto senza precedenti luetici ammessi nell'anamnesi, però con Wassermann debolmente positiva.

Prima di procedere nell'analisi ulteriore, dobbiamo domandarci quale posto nella classifica nosologica delle itterizie luetiche dobbiamo assegnare ad ogni singolo di questi casi. Secondo le cognizioni attuali possiamo suddividere le sindromi itteriche in rapporto con la lues nel seguente modo:

*a*) itteri eredo luetici dell'infanzia;
*b*) itteri della lues acquisita degli adulti;
1) itteri del periodo secondario;
2) itteri del periodo terziario;
*c*) itteri sifilo terapeutici.

Tralascio di intrattenermi sugli itteri eredo luetici dell'infanzia non potendo portare alcun contributo personale, perchè nessun caso è venuto alla mia osservazione. Degli itteri acquisiti della lues degli adulti, quelli appartenenti al periodo terziario sono di facile riconoscimento perchè quasi sempre legati ad una cirrosi luetica del fegato. Essi insorgono in individui con fegato già notevolmente alterato da processi cirrotici o da gomme. Altre volte segnano l'inizio del processo cirrotico che si rivela tale soltanto ad una osservazione più prolungata. Un caso di questa categoria (esso si trova riunito fra quelli del primo gruppo) si è presentato alla mia osservazione. Si trattava di un soggetto di 52 anni, che aveva acquisito la lues a 40 e si era ben curato con cicli ripetuti di mercurio e salvarsan per 10 anni. Due anni dopo l'ultima cura venne colto da malessere generale, disappetenza, non febbre, sintomi questi che vennero seguiti 20 giorni dopo da ittero. Il fegato quella volta si presentava tumefatto. Guarito, stette bene per un anno, quando ricomparvero i fenomeni dispeptici, seguiti 15 giorni dopo da itterizia. Il fegato era allora rimpicciolito, liscio e duro.

Molto più complicato è il gruppo delle itterizie del periodo secondario perchè di regola in questo periodo interferiscono gli itteri sifilo terapeutici. Gli itteri puri del periodo secondario rappresentano attualmente un'evenienza molto rara, date le cure intense e precoci che vengono generalmente usate contro la sifilide. Sono stati descritti itteri che precedono la roseola, itteri che l'accompagnano e itteri che la

seguono molto tempo, dopo la sua scomparsa. Essi rivestono il tipo di ittero catarrale leggero o grave. Gli itteri sifilo terapeutici sono di regola dovuti a salvarsan, però anche altri mezzi anti-luetici possono cagionarli, ed a questi appartiene il seguente caso da me osservato.

Si trattava di una donna, affetta da lues recente, curata con bismuto e jodio. Il jodio aveva provocato un'eruzione cutanea, seguita tre mesi dopo da itterizia.

La classificazione degli itteri sifilo terapeutici può essere prospettata come segue:

1) L'ittero può essere l'espressione di una reazione di Jarisch Herxheimer, in cui notoriamente il salvarsan mette in evidenza un'infiammazione del fegato, già esistente ma non ancora clinicamente rilevabile. Credo di poter identificare questa forma in uno dei miei casi. Si trattava di un uomo di 31 anni, il quale aveva cominciato ad avvertire senso di peso alla regione epigastrica, senso di molestia all'ipocondrio destro, cefalea, leggeri aumenti di temperatura. Attribuendo tali sintomi alla lues, iniziò una cura antiluetica, ma dopo tre iniezioni di salvarsan divenne itterico.

2) L'ittero è in diretto rapporto col salvarsan ed insorge a meno di un mese dall'ultima iniezione; questo è il cosidetto ittero precoce da salvarsan. Si verificò in cinque dei casi da me osservati, di cui tre con lues recente a due con lues vecchia.

3) L'ittero è ritenuto in rapporto col salvarsan, pur insorgendo a distanza di oltre un mese dall'ultima iniezione ed è il cosidetto ittero tardivo da salvarsan. Si verificò in 7 casi osservati, dei quali 4 con lues recente e 3 con lues vecchia.

4) L'ittero insorge dopo una cura di salvarsan, ma deve essere interpretato come una epato recidiva da cura insufficiente. Nessun caso osservato.

Mentre la distinzione teorica delle varie forme di ittero in rapporto con la lues si presenta relativamente abbastanza semplice, molto più difficile è il compito di riferire un determinato caso clinico ad uno di questi gruppi.

I 7 casi del primo dei miei gruppi (1), cioè quelli in cui come causa predisponente all'ittero poteva essere considerata soltanto la lues in assenza di altre malattie o cure antiluetiche recenti, non possono essere ascritti a nessuna forma di ittero propriamente luetico. In nessuno di questi casi erano state eseguite cure antiluetiche recenti, nè l'ittero era del periodo secondario per l'assenza di manifestazioni cutanee, nè erano rilevabili segni di incipiente o conclamata cirrosi a carico del fegato.

Questi casi potrebbero essere interpretati, seguendo la nomenclatura antica, come itteri catarrali in soggetti luetici.

Pure quelli del secondo gruppo non presentano alcuna caratteristica che permetta di poterli considerare come itteri luetici, soltanto che alla lues si associa un'altra malattia che notoriamente è capace di ledere il fegato: osteomielite, elmintiasi, malaria, tifo.

Soltanto il terzo gruppo, quello rappresentato dagli itteri sifilo terapeutici, rientra bene nella classifica degli itteri in rapporto con lues. In questi il nesso causale con la sifilide e la sua terapia è bene evidente per quanto l'interpretazione patogenetica di queste forme sia tuttora molto discussa. Attualmente tre teorie concorrono alla spiegazione dell'ittero da salvarsan:

1) La teoria tossica che considera il salvarsan come causa unica dell'itterizia. Questa teoria poggia su dati clinico-statistici e su dati sperimentali. La clinica e la statistica dimostrano che l'itterizia nei luetici è molto più frequente attualmente che non in passato, ciò che sarebbe in rapporto con l'uso più ampio di cure con salvarsan; inoltre che l'ittero da salvarsan può verificarsi anche in individui non luetici (atrofia giallo acuta in soggetto bronchiettasico trattato con salvarsan-Lindstedt, e itterizia in soggetto non luetico affetto da nevralgia facciale, trattato con salvarsan (Chabrol). Inoltre abbiamo rilievi come quelli di Strauss e Buerkmann che trovarono un aumento della bilirubinemia dopo iniezioni di salvarsan e di Kartamischeff che trovò un aumento della lipasi del fegato, circolante nel sangue dopo iniezioni intramuscolari di salvarsan. L'Aladoff trovò che nei cani trattati con iniezioni intramuscolari di salvarsan si aveva una diminuzione passeggera della secrezione biliare, seguìta da un aumento di questa di lunga durata, congiunta ad una tumefazione catarrale della mucosa gastro intestinale.

Uhlmann trovò che dosi tossiche di salvarsan provocano negli animali da esperimento una degenerazione grassa delle cellule del fegato e delle cellule stellate del Kupfer.

2) La teoria sifilitica considera l'itterizia nel corso della cura come una reazione di Herxheimer o come una epato-recidiva da trattamento insufficiente.

3) La teoria infettiva sostenuta ultimamente dal Ruge, secondo cui l'ittero da salvarsan sarebbe una malattia infettiva, il cui probabile agente patogeno appartiene al gruppo dei bacilli del tifo o del batterio coli.

---

(1) L'ottavo è stato descritto come caso caratteristico di itterizia nel periodo terziario.

Una posizione intermedia assume il Lepehne, il quale ritiene che sia la esclusiva colpa del salvarsan, come pure la sua completa innocenza, sia da negarsi. Secondo questo Autore, tanto al salvarsan quanto alla lues spetta un'azione dannosa sul fegato, che lo predispone all'insorgenza di un'epatite acuta dovuta ad una infezione intestinale da agente ancora sconosciuto. L'ittero da salvarsan non sarebbe altro che un ittero catarrale che insorge più facilmente per il fatto che il fegato è stato precedentemente danneggiato dal salvarsan e dalla lues.

In favore di questa tesi mi sembra deporre anche il fatto che la maggioranza degli itteri da salvarsan da me osservati, erano insorti tardivamente, cioè a distanza di oltre un mese dall'ultima iniezione, perchè uno stretto legame fra salvarsan e ittero può essere ammesso soltanto nelle forme precoci di itterizia (5 casi osservati).

Devo aggiungere inoltre che in quattro casi, oltre alla lues ed alle cure antiluetiche, si potevano registrare altre affezioni coesistenti o pregresse sospettabili di avere leso il fegato e precisamente uno aveva una glutinazione positiva per paratifo B 1 su 50, l'altro aveva sofferto 10 anni prima di tifo e soffriva di artrite all'epoca dell'itterizia; il terzo soffriva di malaria da 6 anni ed aveva avuto un accesso malarico un giorno prima dell'itterizia che a sua volta era sorta 45 giorni dopo l'ultima iniezione di salvarsan; il quarto aveva sofferto di tifo 9 anni prima ed era inoltre sospetto di tubercolosi polmonare e laringea.

In conclusione vediamo:

1) che in soggetti colpiti da sindromi itteriche si constata con grande frequenza la presenza dell'infezione luetica;

2) che però queste sindromi itteriche, pur avendo le caratteristiche degli itteri epatici, non possono essere assegnati con facilità all'una o all'altra delle forme di ittero luetico;

3) che sotanto gli itteri sifilo-terapeutici possono essere riconosciuti abbastanza facilmente come tali, e che anche per questi da un lato il legame col trattamento terapeutico appare stretto soltanto negli itteri precoci e dall'altro lato spesse volte accanto alla lues e cure antiluetiche esistono altri fattori imputabili di avere concorso alle lesioni del fegato.

Tubercolosi polmonare. — In sette casi di ittero si potè registrare nell'anamnesi una tubercolosi polmonare. Essi possono essere suddivisi in due gruppi e precisamente: in 4 casi la tubercolosi polmonare era stata curata con iniezioni endovenose di cloruro di calcio praticate fino all'epoca dell'insorgenza dell'itterizia; negli altri 3 casi si trattava di forme cicatrizzate ed inattive. Cure calciche non erano state praticate.

Per il primo gruppo l'azione ledente del calcio è evidente; per ambi e due i gruppi è da studiarsi se la tubercolosi possa in genere costituire un fattore predisponente per l'insorgenza di un'itterizia. Per le esperienze di Calmette e Guerin e di Carnot e Libert, è noto che bacilli di Koch circolanti nell'organismo si eliminano in parte per le vie biliari e che nel liquido duodenale di soggetti affetti da tubercolosi sia polmonare che extra-polmonare si trovano quasi sempre bacilli della tubercolosi. Infine è noto che per lungo tempo la cirrosi del fegato venne messa in rapporto con la tubercolosi, questa eziologia venne però in seguito limitata a certe forme di cirrosi ipertrofiche grassose, descritte da Hutinel e da Sabourin e che secondo Hanot e Gilbert dovrebbero chiamarsi piuttosto « epatiti tubercolari grassose ipertrofiche ». L'anatomia patologica della tubercolosi del fegato registra lesioni specifiche, come tubercoli miliari e caverne e forme non specifiche infiammatorie e degenerative; fra queste ultime le più importanti sono quella grassa e quella amiloide. Però tutte queste forme non danno mai itteri spiccati. L'Ameuille soltanto descrive l'ittero terminale dei tubercolotici quale complicazione molto rara di questa malattia; essa sarebbe in rapporto con la distruzione quasi totale delle cellule del fegato.

Nel corso della tubercolosi polmonare, segni di insufficienza epatica sarebbero molto frequenti secondo Letulle e Halbrom e secondo Aubertin, però senza segni di itterizia. Anche recentemente il Roccas, studiando il comportamento dell'urobilinuria in soggetti affetti da tubercolosi polmonare, trovò questa quasi sempre aumentata.

Ho voluto ricercare il comportamento dell'urobilinuria sopra 130 casi di tubercolosi polmonare, ricoverati nell'VIII padiglione dell'Ospedale S. M. Maddalena e trovai:

| | | |
|---|---|---|
| reazione normale | 105 | casi |
| aumento debole | 15 | » |
| » medio | 9 | » |
| » forte | 1 | » |

Da questo materiale che riguarda tubercolosi, quasi tutti di stato avanzato, si potrebbe concludere che la funzionalità epatica è turbata meno frequentemente di quanto afferma la maggioranza degli AA. Ho voluto ricercare inoltre la frequenza di itterizie di tipo catarrale nei tubercolosi e trovai sopra 416 casi

soltanto 2 itteri epatici. Quale conclusione, si può affermare che la tubercolosi polmonare può essere considerata un fattore predisponente all'ittero epatico.

VIZI CARDIACI, MALARIA, ALCOOLISMO, GRAVIDANZA, ATOPHAN, PREPARATI SALICILICI. — L'azione lesiva del fegato di questi fattori è sufficientemente nota e non richiede ulteriori delucidazioni.

MORBO DI BASEDOW. — L'importanza di turbe endocrine per la patogenesi delle malattie del fegato è molto discussa. Falta afferma che manca qualsiasi dato per ammettere una genesi endocrina di affezioni primitive del fegato, mentre Chabrol, richiamandosi agli studi di Mauriquand, Bouchut, Zadec e Kahn Assmann, ammette una relativa frequenza delle itterizie nel corso del gozzo esoftalmico.

Recenti studi di Hoilmoier e Schneider avrebbero messo in luce constanti alterazioni del fegato per opera di veleni tiroidei, e consistenti nella scomparsa del glicogene epatico.

EPILESSIA. — Dell'importanza di questa malattia come causa predisponente all'itterizia, nulla si sa. Si potrebbe invocare soltanto il consumo di glicogene durante gli attacchi, quale fattore alterante del chimismo cellulare del fegato.

TIFO E CASI SENZA NESSUNA EZIOLOGIA O CAUSA PREDISPONENTE EVIDENTE. — Ho riunito questi due gruppi perchè essi presentano molti lati in comune per quanto riguarda la discussione dell'eziologia dell'ittero epatico. Dalla tabella n. 2 si rileva che in 13 casi nessuna eziologia o causa predisponente era stato possibile accertare. Di questi 13 casi, 2 possono essere tolti perchè riguardavano forme di atrofia giallo acuta, che furono portati in reparto in stato molto grave e che morirono dopo una brevissima permanenza, per cui un'indagine clinica più esatta non fu possibile. Nei restanti 11 casi non si potè mettere in evidenza alcuna malattia imputabile di avere leso preventivamente il fegato.

L'analisi della sintomatologia clinica presentata, permise di differenziare due tipi distinti per il loro decorso:

1) casi con inizio subdolo e con decorso afebbrile o subfebbrile;

2) casi con inizio improvviso e febbre alta, disturbi intestinali e generali gravi.

I francesi distinguono queste due modalità di decorso, riservando al primo il nome di ittero catarrale ed al secondo quello di infettivo. Secondo Chauffard e Widal e Abrami, non si tratterebbe però di tipi nosologici nettamente separati, ma fra i casi più leggeri di itteri catarrali propriamente detti e quelli più gravi e mortali, vi sarebbe tutta una gamma di forme intermedie. Secondo Abrami che, come la maggior parte degli AA. francesi, sostiene l'origine infettiva discendente di queste forme morbose, la differenza di decorso dipende da tre fattori:

1) l'intensità della batteriemia;

2) la sua durata;

3) la natura dei germi.

I due primi fattori sono comprensibili senz'altro; l'ultimo si riconnette ai più difficili problemi eziologici degli itteri parenchimatosi. Il maggior numero di ricerche in merito riguarda i bacteri del tifo e dei paratifi. I risultati ottenuti dai vari AA. sono gravemente discordanti forse anche perchè, come osservano Widal e Abrami, il germe patogeno circola nel sangue nei primi giorni di malattia, quando l'ittero non è ancora comparso.

Ad ogni modo, in base ai miei dati non mi sembra che i bacilli del tifo e paratifi possano essere invocati come causa immediata di itteri epatici, perchè su 3158 ammalati di tifo (e paratifi) ricoverati in 10 anni nell'Ospedale di S. M. Maddalena, soltanto due presentarono itterizie in corso di malattia (Le storie mi furono gentilmente concesse dal Direttore dottor A. Steindler).

Nei 65 casi di ittero epatico da me osservati, l'importanza dell'infezione tifosa si presenta come segue: in 2 casi la reazione di Widal fu positiva durante il corso della malattia (1/200-1/100) in assenza di qualsiasi altra causa predisponente o determinante; in un terzo caso la reazione di Widal fu positiva nella diluizione di 1/50 per paratifo B, in un soggetto affetto da lues e che aveva subito recentemente delle cure antiluetiche. Altri 7 casi avevano sofferto di tifo da 4 a 10 anni prima dell'insorgenza dell'ittero, 4 erano affetti da lues, 2 da tubercolosi con cure endovenose di calcio ed il settimo era in cura per artrite con preparati salicilici. In base a questi dati si può riconoscere al tifo (ed ai paratifi) la capacità di ledere preventivamente il fegato, rendendolo più facilmente vulnerabile da altri agenti morbigeni.

Un'importanza itterogena immediata spetterebbe ai bacteri del gruppo del tifo soltanto nella estrema minoranza dei casi. Questo risultato deve essere particolarmente rilevato in opposizione ad uno dei più recenti assertori della teoria infettiva da tifo-coli dell'ittero epatico, il Ruge, il quale sostiene, in base all'osservazione di 2500 casi di ittero che questo, sia nella sua forma semplice (catarrale)

come in quella cosidetta da salvarsan, è una malattia a carattere infettivo unitario, il cui probabile agente patogeno è vicino al gruppo del tifo-coli.

Detto questo in rapporto alla teoria infettiva degli itteri epatici, dobbiamo prendere ancora brevemente in considerazione la teoria tossica e quella allergica. Il Brugsch ammette che l'ittero cosidetto catarrale, con tutte le sue forme di passaggio fino all'ittero grave, possa essere cagionato da sostanze chimiche ben definite, da sostanze introdotte con gli alimenti ed infine da sostanze tossiche che possono formarsi anche da alimenti originariamente sani, per fenomeni dispeptici gastro-intestinali. Il Brugsch ammette questa eziologia anche per le forme di itterizie cosidette epidemiche.

Hetenyi ammette una eziologia anafilattica dell'ittero catarrale perchè egli avrebbe osservato che nell'anamnesi di tali pazienti si osserverebbero spesse volte dolori articolari o espulsioni orticariali.

CONCLUSIONI. — Dalla disamina dei casi da me osservati e dallo studio della bibliografia, si possono trarre le seguenti conclusioni, quali risposte ai quesiti formulati nella prima parte di questo studio: le cause degli itteri epatici possono suddividersi in determinanti e predisponenti. Le cause determinanti sono in parte note (molti veleni, vari medicamenti, alcuni microrganismi patogeni: spirochetosi itteroemorragica e febbre gialla), in parte ancora ignote, ma probabilmente di natura tossica alimentare. A proposito della spirochetosi è da ricordarsi che questa si manifesta talvolta sotto forma benignissima, col quadro del comune ittero catarrale. Tali forme furono descritte dal Frugoni durante la guerra. Le cause predisponenti sono molte ed hanno una grande importanza, perchè possono essere registrate nella grande maggioranza di soggetti affetti da ittero epatico. Spesse volte si trovano riunite nell'anamnesi dello stesso individuo più affezioni imputabili di avere predisposto il fegato ad ammalare di itterizia. A questo proposito l'Ortner scrive che « quando esiste un'affezione epatica, le cause capaci di per loro stesse a provocare un'itterizia, la producono tanto più facilmente essendo il fegato per così dire predisposto a subirne l'influenza ». Ed il Bauer scrive che nella patologia del fegato devono essere prese particolarmente in considerazione la combinazione di vari momenti eziologici ,fra i quali spetta una parte più o meno importante alla disposizione costituzionale. Egli parla di una eziologia complessa nella patologia del fegato.

Esiste tuttavia anche fra i miei casi un certo numero (11) in cui nessuna malattia pregressa ha creato una predisposizione del fegato ad ammalare, nè esiste una causa prossima identificabile con gli attuali mezzi di indagine.

Per quanto riguarda le cause ancora ignote di questo gruppo di itteri, molte teorie sono state ammesse e le più importanti furono già discusse in questo lavoro. Qui è necessario di considerare se si può ammettere che le stesse cause che cagionano l'ittero in un soggetto sano di fegato, lo determinino in definitiva anche in un individuo con fegato già tarato per malattie pregresse. È probabile che ciò sia realmente il caso, per cui molti itteri che si verificano in soggetti luetici, malarici guariti, tubercolosi, ecc. hanno una causa, forse non meno importante in comune con quelli che prima dell'itterizia avevano il fegato indenne.

Data questa parziale comunanza di cause, si presenta la domanda, quando sia lecita la diagnosi di ittero catarrale. La definizione attuale dell'ittero catarrale è una definizione quantitativa e non qualificativa. Esso è l'ittero più benigno, più semplice, quello che guarisce sempre e decorre senza febbre. Esso è considerato tanto benigno, che se la temperatura aumenta un po', l'itterizia non è più catarrale, ma si chiama già infettiva benigna. Questa è la nomenclatura degli AA. francesi, però anche per gli AA. tedeschi l'attributo catarrale deve significare soltanto la benignità del processo, indipendentemente dal suo substrato anatomo-patologico. Infatti per l'Eppinger un ittero catarrale può essere causato oltrechè da alterazioni del parenchima epatico, da compressione del coledoco per opera di ghiandole linfatiche della papillla di Vater infiammate e tumefatte. Pure Felsenreich e Satche nonchè Bergmann, Naunyn e Umber ammettono talvolta per l'ittero catarrale l'origine meccanica. Tolta la caratteristica della benignità, il concetto dell'ittero catarrale appare dunque privo di qualsiasi ulteriore significato, sia eziologico che anatomo-patologico, motivo per cui esso dovrebbe essere definitivamente abbandonato.

Considerando le presunte cause predisponenti e determinanti dell'ittero epatico, come risultarono dall'analisi dei miei casi, si osserva il più delle volte che queste si verificano senza che insorga tosto o tardi un'itterizia, così pure l'intossicazione alimentare che viene ritenuta la causa determinante più frequente dell'itterizia, si verifiica nella grandissima maggioranza degli individui senza manifeste lesioni del fegato. In molti casi da me descritti si poteva constatare l'esistenza di più di una

malattia pregressa ledente il fegato e questo fatto potrebbe essere considerato la ragione per cui proprio in quell'individuo un'itterizia venne a manifestarsi.

Lo studio delle epatopatie latenti mediante gli esami funzionali del fegato, come prospettato dal Bergmann, potrà forse in avvenire dimostrare che anche in quegli individui in cui l'assenza di dati anamnestici può far supporre l'insorgenza di un'itterizia epatica in un fegato prima indenne, vi erano in realtà lesioni nascoste del fegato per affezioni od altre circostanze ritenute erroneamente innocue.


RIASSUNTO.

L'A., valendosi di 65 casi di ittero epatico da lui osservati, esamina i problemi eziologici di questa forma morbosa. Dalla disamina del materiale risulta che l'ittero epatico non ha una eziologia unica e che nella maggioranza dei casi numerosi fattori possono essere invocati; fra questi spetta spesse volte maggiore importanza a quelli predisponenti che a quelli determinanti. Si conclude per una eziologia complessa nella patologia dell'ittero.


BIBLIOGRAFIA.


AMEUILLE. Citato da WIDAL e ABRAMI.

ASSMANN. *Leber und Milz in der Basedowkrankheit*. M. M. W., 1931, n. 6.

ALADOFF. Citato da CHABROL.

BERGMANN. *Funtionelle Palhologie*. Berlino, 1920.

BRUGSCH. *Icterus simplex, icterus catarrahlisch, icterus endemicus, seu epidemicus*. Münch. Med. Woch., 1933, n. 19.

CHABROL. *Les ictères*. Parigi, 1932.

EPPINGER. *Icterus* in Neue Deutsche Klinik, Berlin. *Ueber Icterus katarrahlisch und Naunyngs Cholangie*. Kl. Woch., 1929, n. 15.

FELSENREICH, SATKE. Citati da RIETI. *Le itterizie*. Bologna, 1925.

FRUGONI e CAPPELLARI. *Intorno all'eziologia dell'ittero epidemico*. Lo Sperimentale, 1917.

FRUGONI, IARDENGHI, ANCONA. *L'ittero epidemico castrense*. Ibid., 1916.

HEILMEIER. *Blutmauserung und Leberfuntion bei Morbo Basedow*. Deutsche Archiv Kl. Med., 171, 515, 1931.

HETENYI. *Ueber Leberentzündung*. Kl. Woch., 1931, pag. 1770.

KARTAMISCHEFF. Archiv für Dermatologie und Syphilide, 147, 1924, 100.

LINDSTAEDT. Citato da LEPEHNE.

LEPEHNE. *Die Erkrankungen der Leber und der Gallenb*. Monaco, 1930. *Akute Leberentzündungen*, in Neue Deutsche Klinik.

ORTNER. *Sintomatologia clinica delle malattie interne*, vol. II. Milano, 1927.

RAHM. *Der Einfluss der Syphilis und der Syphilisbehandlung auf die Lebertätigkeit*. Würzburg, 1932.

RUGE. *Ergebnisse in der Klinische Innere Medizin und Kinderheilkunde*, 1931.

ROCCAS. *Sul comportamento dell'urobilinuria nei tubercolosi*. Rivista di Patologia e Clinica della tubercolosi, 1933, a. VII, fasc. 10.

SCHNEIDER. Med. Gesellschaft, Freiburg i. Br., seduta 30-V-1933.

STRAUSS e BUERKMANN. Citati da RAHM.

WIDAL e ABRAMI. *Nouveau traité de médecine. Foie, voies biliaires*. Parigi, 1928.


---

# OSSERVAZIONI CLINICHE


ISTITUTO DI PATOLOGIA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. GUIDO VERNONI.


## Un caso di lipoma puro intraparotideo congenito


per FRANCO CRAINZ, allievo interno.


Il lipoma puro della parotide, a causa forse della sua scarsissima frequenza e della sua poca importanza clinica, è stato sempre trascurato da tutti i trattati di chirurgia e di anatomia patologica. L'unico A. che se ne sia occupato estesamente e particolarmente è stato Baudet, che, nel 1900, pubblicando due suoi casi personali, raccoglieva nella letteratura altre nove osservazioni. Dopo di lui, i trattati si limitavano a riferire, spesso imprecisamente, la sua statistica, fino a che Stoppato, nel 1919, poteva aggiungere altri tre casi, di cui due anteriori al lavoro di Baudet, ma da questi non citati, l'altro posteriore. Da allora, fino all'ultima recente edizione del trattato di Anatomia patologica di Henke e Lubarsch, le osservazioni riportate sono sempre le stesse.

Avendo ora il Prof. Alessandri, al quale qui porgo i miei più vivi ringraziamenti, avuto la bontà di concedermi lo studio e la pubblicazione di un caso da Lui operato, ho avuto occasione di reperire nuovo materiale bibliografico, e di riordinare la casistica, che spero di avere pertanto completato. Credo perciò che valga la pena, dopo aver descritto il mio caso, di riferire brevemente tutti gli altri finora osservati.

*Caso personale*: F. N., di anni 32. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. Non ha avuto malattie importanti. Già alla nascita presentava una piccola tumefazione subito sotto l'orecchio destro: questa tumefazione, che non ha procurato mai all'infermo alcun disturbo, rimase quasi stazionaria fino all'età di 6 anni, poi andò lentissimamente aumentando di volume, avanzando verso la guancia. Da un anno pare che lo sviluppo della tumefazione sia stato un po' più rapido. L'infer-

mo chiede di essere operato, spinto soltanto da ragioni di estetica, quantunque altri sanitari abbiano sconsigliato l'intervento, nel timore che si possano determinare lesioni del facciale.

18-I-1934, XII. — *Esame obbiettivo*: Condizioni generali ottime, pannicolo adiposo piuttosto abbondante. Nulla a carico dei vari organi e sistemi. La regione parotidea destra si presenta notevolmente deformata per una tumefazione che è situata subito al disotto dell'orecchio, e che si estende un poco in avanti sulla regione masseterina, in corrispondenza del prolungamento anteriore della parotide. Questa tumefazione ha la forma e la grandezza apparente di un piccolo uovo di pollo, alquanto schiacciato e disposto col suo maggior asse dall'avanti all'indietro. Alla palpazione non si nota alcun aumento o diminuzione di temperatura. La cute, di caratteri normali, è spostabile sulla tumefazione e sollevabile in grandi e piccole pliche. Nulla a carico del sottocutaneo. La palpazione della massa conferma i dati dell'ispezione: la tumefazione, a limiti non molto ben distinti, ha superficie lobata e consistenza molle-elastica pseudofluttuante: è indolente alla pressione, alquanto fissa sui piani profondi, non riducibile. Nulla a carico del facciale; nessun segno patologico che possa denotare la compromissione di altri nervi e dei grossi vasi del collo. Linfoglandole normali; masticazione, deglutizione e respirazione regolari. Nulla dal faringe. In base a questi caratteri si pone diagnosi di lipoma parotideo.

19-I-1934, XII. — *Operazione* (prof. Alessandri): Anestesia locale con novocaina al 0,50 %. Incisione cutanea lungo il maggior asse del tumore: dopo aver inciso, nella stessa direzione, l'aponeurosi parotidea, appare la parotide, ingrossata e come rigonfia, ma di aspetto normale; attraversato qualche millimetro di tessuto glandolare, si raggiunge la massa tumorale, che si distingue bene e che si lascia enucleare facilmente per via smussa. Sutura a raccoglimento nella glandola parotidea, sutura dell'aponeurosi e della cute. Decorso post-operatorio normale. Guarigione per prima intenzione. Non è residuato alcun disturbo a carico della salivazione e del facciale.

*Esame anatomo-patologico*. — All'esame macroscopico il tumore si presenta della grandezza e della forma di un piccolo uovo di gallina, a superficie leggermente lobata, di consistenza molle-elastica, e rivestito da una sottilissima capsula di colorito grigiastro. Alla superficie di taglio il tessuto appare attraversato da sottilissime travate connettivali, che lo dividono in molteplici concamerazioni di forma irregolare e di varia grandezza. L'aspetto del tessuto è omogeneamente giallastro e non mostra apparentemente alcuna partecipazione del sistema vasale. Sulla lama del tagliente rimangono goccioline di grasso, che confermano la diagnosi clinica riguardo alla natura del tessuto.

Data l'importanza della dimostrazione che si tratti di un lipoma puro e non di un comune tumore misto, l'esame istologico viene condotto su pezzi presi in molte zone diverse del tessuto.

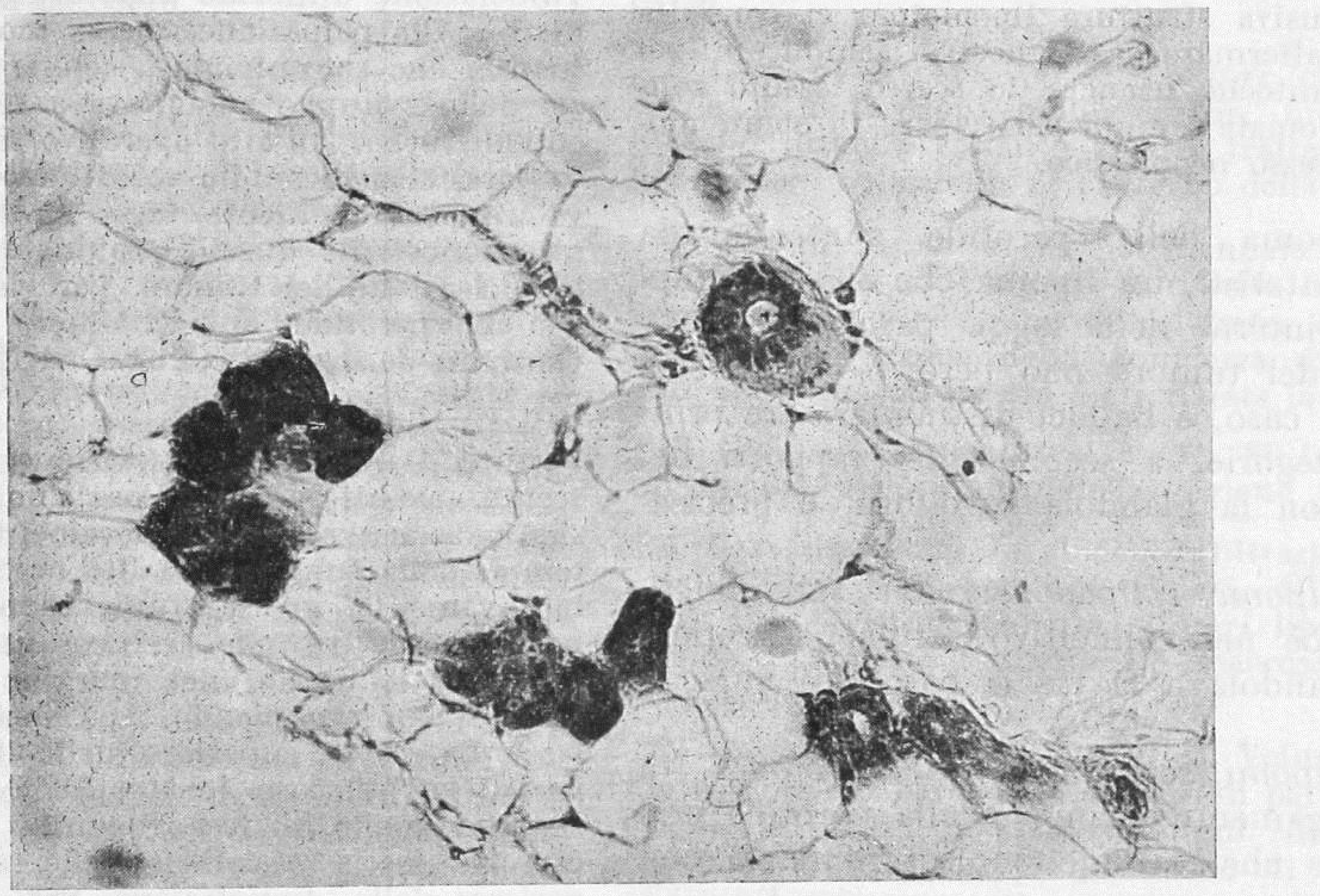


FIG. 1. — In mezzo al tessuto adiposo si nota una formazione tubulare, residuo di un dotto escretore della glandola, e alcuni aggruppamenti di cellule parotidee, che presentano gravi caratteri degenerativi (limiti indistinti, alterazioni della struttura e della tingibilità, ecc.).

Si riscontra infatti che il tumore è costituito esclusivamente da tessuto adiposo, le cui cellule presentano l'aspetto caratteristico delle cellule grasse adulte, cioè il protoplasma è sostituito da una grossa gocciola di grasso, mentre rimane visibile soltanto la membrana con il nucleo fortemente aderente ad essa. Questo tessuto adiposo è attraversato, come si era già notato all'esame macroscopico, da tralci di tessuto connettivale, che lo dividono in lobi di dimensioni abbastanza cospicue, e che in taluni punti mostrano qualche segno di degenerazione ialina delle fibre collagene. Nel decorso di questi tralci connettivali si trovano diversi vasi, tutti di piccole dimensioni, pervi, senza alcun carattere patologico. Ma il fatto

più interessante è stato l'aver potuto notare, nel tessuto connettivo che divide il tumore in lobi, la presenza di dotti glandolari costituiti da un epitelio cilindrico monostratificato e da uno strato di fibrocellule muscolari di dimensioni variabili a seconda della grandezza del dotto stesso. Inoltre si osserva, in alcune zone del tumore, generalmente in vicinanza di queste formazioni canalicolari, spesso a diretto contatto, la presenza di resti glandolari, in quantità variabile, di aspetto del tutto simile ai tubuli della glandola parotidea, ma con spiccati caratteri di atrofia (vedi fig. 1). Queste cellule sono certamente dei residui di tessuto parotideo normale, coinvolto passivamente nel processo neoplastico. La loro presenza nel mezzo del tessuto grassoso si può spiegare, ammettendo che vi sia stata scomparsa di parte del tessuto parotideo, per compressione meccanica durante l'accrescimento del lipoma, residuando quà e là gruppi isolati di tessuto ghiandolare. La presenza di questi elementi epiteliali frammentari e atrofici, quali si ritrovano in questo tumore, non ci autorizza in alcun modo a concludere che si tratti di un adeno-lipoma. La quasi esclusiva struttura lipomatosa ci consente invece di affermare la diagnosi di semplice *lipoma*, inquantochè neanche lo scarso tessuto connettivo stromale sembra partecipare in alcun modo al processo neoplastico.

Per lipoma della parotide s'intende, da tutti i trattatisti, un lipoma che si sia sviluppato nell'interno della loggia parotidea: la situazione del tumore può però essere diversa da caso a caso, e Baudet distingueva tre principali categorie, a seconda dei rapporti del tumore con la glandola parotidea, e precisamente:

1) *Lipomi sottoaponevrotici superficiali*, situati cioè nel connettivo sottoaponevrotico, fra la glandola e la fascia parotidea superficiale.

2) *Lipomi sottoaponevrotici profondi*, fra il prolungamento faringeo della parotide e il faringe, e che si mettono in rapporto con questo ultimo organo attraverso la discontinuità mediale della loggia parotidea.

3) *Lipomi intraglandolari*, situati nell'interno stesso della glandola. Questi ultimi, di cui si conoscono tre soli casi, compreso il mio personale, sono i veri lipomi della parotide.

Riferisco ora brevemente i dieci casi sicuri di lipoma puro parotideo, elencandoli secondo la classificazione di Baudet:

I. *Lipomi sottoaponevrotici superficiali.*

1) Caso di HAMILTON (anno 1863). Donna che aveva da venti anni una tumefazione nella regione parotidea sinistra, che non le dava alcun disturbo, ma che le deformava straordinariamente i tratti mimici. Il tumore, della grandezza di un limone, non era lobulato ed aveva una consistenza elastica e fluttuante. La diagnosi non fu precisata. Solo per ragioni estetiche l'inferma si sottopose all'atto operatorio, che rivelò un lipoma situato fra l'aponeurosi parotidea e la faccia esterna della parotide, la quale appariva appiattita. Tagliando qualche briglia connettivale che univa il tumore alle formazioni circostanti, si riuscì ad isolarlo abbastanza facilmente. Guarigione perfetta.

2) Caso di WALZBERG (a. 1881). Uomo di 30 anni. Da un anno tumefazione sotto l'orecchio sinistro; grandezza di un mezzo uovo di gallina, superficie leggermente lobata, consistenza molle-elastica. Nessun disturbo. Diagnosi di probabile lipoma intracpsulare, confermata al tavolo operatorio. Il tumore aderiva talmente, nella sua parte posteriore, alla parotide, che non si riuscì, nonostante le precauzioni prese, ad evitare l'asportazione di una parte della glandola. L'esame microscopico rivelò, poi, che in molti punti il connettivo interlobulare della parotide passava direttamente nel tessuto interstiziale del tumore. Fistola salivare durata qualche settimana; guarigione completa.

3) Caso di BAUDET (a. 1898). Bambino di 11 anni. Tumefazione uniforme della regione parotidea sinistra. Alla palpazione, massa molle e quasi fluttuante, che si confondeva con la glandola. L'inizio dello sviluppo rimontava a sei anni: mai alcun disturbo. All'atto operativo si constatò che il tumore, situato subito sotto l'aponevrosi, mandava un prolungamento verso lo pterigoideo interno: nonostante questo prolungamento profondo, l'enucleazione del tumore, per via smussa, fu facile. La parotide, appiattita, era ricacciata in avanti, in dentro e in alto. Guarigione perfetta.

4) Caso di STOEHR e RISAK (a. 1926). Donna di 74 anni. Da sei anni tumefazione, lentamente crescente, avanti e sotto l'orecchio destro. La paziente accusava un peggioramento, negli ultimi tempi, della funzionalità dell'orecchio stesso. Obbiettivamente grossa tumefazione della regione parotidea destra, che arrivava fino a 3 centimetri sotto il livello del margine inferiore della mandibola, riempiendo la fossa sottomandibolare. La parte superiore della tumefazione era liscia, la inferiore lobata. Data inoltre la consistenza molle, si fece diagnosi di lipoma. Incisa la fascia parotidea, che sulla parte superiore della tumefazione era spessa e tesa, mentre sulla inferiore era molto assottigliata e quasi come traforata, ciò che spiega il differente reperto palpatorio, si arrivò sul tumore, che venne isolato per via smussa. Dalla parte inferiore del lipoma partiva un prolungamento, grande poco più di una noce, che, passando sotto il margine inferiore della parotide, andava ad approfondarsi nello spazio parafaringeo. Per isolare questo prolungamento fu necessario il taglio della fascia parotidea profonda, che lo avvolgeva nel punto più stretto. Guarigione perfetta. Questo lipoma, a causa del prolungamento nello spazio parafaringeo, rientra in parte nella categoria dei lipomi sottoaponevrotici profondi.

5) Caso di SHIMOTSUMA, KENTARO e KUO (anno 1927). Di questo caso, citato dal « Zentralorgan für die gesamte Chirurgie », non ho potuto trovare la descrizione originale: debbo perciò limitarmi a riportare integralmente la breve recensione. Si trattava di un lipoma sottoaponevrotico, che partiva dalla parte inferiore della parotide

destra, e che aveva raggiunto, in dieci anni, la grandezza della testa di un bambino. Clinicamente, da principio, il tumore era stato considerato come misto.

II. *Lipomi sottoaponevrotici profondi.*

6) Caso di BORELLI (a. 1867). Citato da STOPPATO, non ho potuto consultare la pubblicazione originale. Il tumore fu diagnosticato clinicamente per lipoma, e, soltanto dopo avere aperta la loggia parotidea, si vide che era situato sotto la parotide, e in parte ad essa aderente. Asportato il tumore, la parotide, sana, fu ricollocata a posto.

7) Caso di DEMARQUAY (a. 1873). Uomo di più di 50 anni. Tumore alla regione parotidea sinistra, diagnosticato clinicamente come lipoma. Tolta una parte della parotide, si potè asportare il tumore, grande come un uovo di pollo, che era incapsulato e si trovava nella profondità della loggia, dietro la branca montante del mascellare inferiore. Residuarono lievi disturbi alla commissura labiale e alla palpebra.

III. *Lipomi intraparotidei.*

8) Caso di BAUDET (a. 1897). Uomo di 41 anni. Da due anni il paziente, di costituzione assai adiposa, e che, già allo stato normale, presentava ambedue le regioni parotidee lievemente sporgenti, aveva notato la comparsa di una tumefazione davanti al lobulo dell'orecchio sinistro. Al momento dell'ingresso in ospedale, la regione parotidea sinistra era uniformemente rigonfia ed aumentata assai di volume. Pelle mobile, tumore poco spostabile, molliccio, non fluttuante. Mai nessun disturbo. Aperta la loggia parotidea, ed incisa la glandola, si potè sgusciare facilmente il tumore, che era della grandezza di un grosso uovo di gallina. La parotide, che all'atto operativo appariva indurita e pareva presentasse fatti reattivi, rimase tale anche dopo un mese. Residuò una leggera paralisi della branca cervico-facciale. Un frammento di parotide fu asportato durante l'operazione, e ne fu fatto l'esame istologico. Si riscontrò una infiltrazione grassosa diffusa del connettivo interstiziale della glandola. (Questo fatto è importante, e può forse aiutarci a spiegare perchè, sia nel caso di SPELTA che nel mio, si ebbe permanenza di cellule glandolari in seno al tessuto adiposo).

9) Caso di SPELTA (a. 1909). Uomo di 68 anni. Da due anni si era accorto di una tumefazione della regione parotidea sinistra. Si incise la fascia superficiale e si estrasse il tumore, dopo aver sacrificato uno strato glandolare di due o tre millimetri, da cui il tumore era ricoperto. La parte profonda fu dovuta isolare dal facciale, fra i cui rami inviava delle lobulazioni. L'aspetto istologico del tumore, per la presenza, fra le cellule grassose, di alcuni acini glandolari parotidei, ricordava molto quello del mio caso.

10) Caso personale (a. 1934). Uomo di 32 anni. Fin dalla nascita presentava una tumefazione della regione parotidea destra, che crebbe lentamente e non gli dette mai alcun disturbo. Diagnosi clinica di lipoma. Il paziente si sottopose all'atto operativo per ragioni estetiche. Il tumore risiedeva nell'interno della parotide, e la capsula, da cui era rivestito, rese facile l'enucleazione. Guarigione perfetta. Diagnosi istologica di lipoma puro.

Questi dieci casi sono i soli, a mio parere, in cui si tratta certamente di tumori che rispondano al duplice requisito, di essere cioè dei lipomi *puri*, e di essersi sviluppati nell'*interno* della loggia parotidea. I lipomi del sottocutaneo e del corpo adiposo di Bichat sono tumori della regione parotidea e non della parotide. Cito ora brevemente nove osservazioni di cui sei (3-8), descritte da Baudet come lipomi della parotide, non mi sembrano, per una ragione o per l'altra, appartenere a questa categoria, mentre delle altre tre (1-2-9), non avendo potuto avere i lavori originali, mi mancano i dati sicuri necessari per classificarle.

1) Caso di RECLUS (a. ?). SPELTA cita, senza darne le indicazioni bibliografiche, un caso di RECLUS, dicendo soltanto che si trattava di un lipoma ben delimitato nell'interno della parotide.

2) Caso di BRUNS (a. ?). Nel manuale di Anatomia Patologica di FOERSTER è riferito che BRUNS osservò, nella regione parotidea destra di un individuo, un lipoma della grandezza di un pugno, che aveva compressa e atrofizzata la glandola.

3) Caso di CRUVEILLHIER (a. ?). Si trattava di un lipoma sottocutaneo della regione parotidea.

4) Caso di RICHET (a. 1861). Infiltrazione grassosa diffusa degli acini glandolari, di cui pare assai dubbia l'appartenenza ai puri lipomi, non avendo di questi l'aspetto nè macroscopico nè microscopico.

5) Caso di BERGACHINI (a. 1878). Voluminosissimo tumore, in parte adiposo, ma in parte fibroso calcificato, ricco di vasi sanguigni, di cui anche i caratteri clinici impediscono di ascriverlo ai lipomi puri.

6) Caso di BROCA (a. 1888). Lipoma sottocutaneo della regione parotidea.

7) Caso di SACCHI (a. 1893). Si trattava di un grosso tumore congenito, definito dall'autore come lipoadenoma della parotide, e considerato da KUETTNER come un tumore misto di natura speciale.

8) Caso di HALLOPEAU e JEANSELME (a. 1893). Lipomi multipli, di cui due nel sottocutaneo delle regioni parotidee.

9) Caso di STEINSLEGER, MARCOS e NARDELLI (a. 1929). Anche di questo caso, citato da « Zentralorgan für Chirurgie », non ho potuto avere la descrizione originale. Il tumore, un lipoma congenito, era situato dietro l'angolo della mandibola ed arrivava all'interno fino al processo stiloideo. La tonsilla palatina era spinta fortemente verso la linea mediana, provocando disturbi della favella, del respiro e della deglutizione. Si trat-

tava di un lipoma profondo della loggia parotidea? A detta del recensore, non erano ancora conosciute localizzazioni simili.

CONSIDERAZIONI GENERALI.

Dato che il lipoma della parotide, per la sua relativamente grande rarità, non si presta a delle considerazioni statistiche, ci limitiamo a riassumere brevemente i caratteri principali di questi tumori, relativamente soltanto ai dieci casi sicuri.

L'*età* non pare avere alcuna importanza. Dal caso personale, in cui il tumore era congenito, si passa a quello di Stoehr e Risak, in cui l'inizio dello sviluppo ebbe luogo a 68 anni; si tratta però generalmente di adulti. Riguardo al *sesso*, si hanno 6 volte uomini, 2 volte donne, ed in 2 casi mancano i dati: ripetiamo però che lo scarso numero di osservazioni impedisce di dare valore a questa preponderanza maschile.

Quanto alla *sede*, Baudet, nei casi del quale si erano avuti tutti tumori della parotide sinistra, credeva di poter attribuire a questo fatto una certa importanza dal lato diagnostico: tre recenti osservazioni di lipoma della parotide destra ci impediscono di conservargliela. Da notare che la parotide è l'unica glandola salivare a carico della quale siano stati descritti lipomi.

I tumori sono generalmente di *forma* rotondeggiante, salvo in uno dei casi di Baudet, in cui il lipoma si presentava come un nastro lungo dodici centimetri, arrotolato su sè stesso.

Il *volume* è assai vario: dal caso di Walzberg, in cui era di circa un mezzo uovo di gallina, si passa a quello di Shimotsuma, Kentaro e Kuo, in cui era quasi della testa di un bambino: nè si può sempre mettere in relazione questa differenza di grandezza con una differente durata di sviluppo, perchè, mentre nel caso di Shimotsuma il tumore esisteva da 10 anni, nel mio caso personale il lipoma, in 32 anni, divenne poco più grande di quello di Walzberg.

La *superficie* è generalmente lobata, la *consistenza* molle-elastica pseudofluttuante, non sono *dolenti*, sono generalmente *spostabili*, salvo che la loro grossezza non abbia troppo aumentato la pressione nella loggia parotidea, non sono *riducibili*.

Non danno mai *disturbi* subiettivi di nessun genere, altro che, talvolta, quelle molestie dovute esclusivamente al loro volume; si può avere, sempre per fatti meccanici dovuti alla grossezza del tumore, spostamento del padiglione auricolare, e stiramento dell'angolo della bocca e della rima palpebrale: ma la cute rimane sempre normale, e il facciale non viene mai interessato. I pazienti richiedono generalmente l'operazione per ragioni di estetica.

Il *decorso* è assai lento, la *prognosi* è ottima.

La *diagnosi* è facile, se si può apprezzare la superficie e la consistenza caratteristica dei lipomi; è interessante, a questo riguardo, notare che sia nei casi di Borelli e di Demarquay, sia nel mio caso personale, benchè si trattasse rispettivamente di due tumori sottoparotidei e di uno intraglandolare, questi elementi semeiologici erano ben rilevabili. Possono costituire, invece, una causa di difficoltà diagnostica lo spessore e la tensione dell'aponeurosi, in quanto mascherano talvolta le caratteristiche del lipoma. Non si palpa mai nulla dal faringe.

La *cura* è quella operativa. L'operazione è generalmente facile, perchè i tumori, sia extra che intraparotidei, quasi sempre incapsulati, si lasciano enucleare facilmente per via smussa. Solo nel caso di Walzberg, date le intime connessioni fra il tumore e la glandola, fu asportata una parte di quest'ultima, dando luogo a una fistola salivare, che guarì però in breve tempo. Difficoltà lievemente maggiori sono presentate dai lipomi profondi, che richiedono il passaggio attraverso la parotide. Vasi e nervi della loggia non vennero mai interessati; è però necessario, nell'atto operativo, fare attenzione a non ledere il n. facciale: infatti nel caso intraparotideo di Baudet e in quello profondo di Demarquay residuò una paralisi limitata ad alcuni muscoli mimici. Salvo questi casi, si ottenne sempre una completa *restitutio ad integrum*.

## RIASSUNTO.

L'A. descrive il caso di un uomo di a. 32, il quale fin dalla nascita presentava una tumefazione alla regione parotidea destra: questa tumefazione, crescendo assai lentamente, arrivò al volume di un uovo di gallina, senza dare all'infermo alcun disturbo. Posta la diagnosi clinica di lipoma della parotide, l'intervento, richiesto per ragioni di estetica, rivelò, nell'interno della glandola parotidea, un tumore, il cui esame anatomo e isto-patologico confermò la diagnosi clinica.

L'A. riferisce poi 10 casi di lipoma della parotide (5 sottoaponevrotici, 2 profondi e 3 intraglandolari) e 9 casi dubbi, che rappresentano tutte le osservazioni che ha potuto trovare in letteratura sull'argomento.

BIBLIOGRAFIA.

BAUDET. *Les lipomes de la parotide*. Gaz. d. Hôpitaux, vol. 73°, fasc. 114, pag. 1247, 1900.
BERGACHINI. *Voluminoso fibrolipoma della regione parotidea*. L'indipendente, Gazz. med. di Torino, vol. 29°, pag. 186 e 203, 1878.
BORELLI. Gazz. Med. di Torino, 1867, cit. da STOPPATO.
BROCA. Soc. anat., 1888, cit. da BAUDET.
BRUNS. Handb. d. prakt. Chir., vol. 2°, p. I, pag. 147, cit. da FOERSTER.
CRUVEILHIER. Atlas, cit. da BAUDET.
DEMARQUAY. Bull. et mém. de la Soc. d. chir. de Paris, vol. 2°, pag. 12, 1873.
ID. Gaz. d. Hôp., vol. 46°, pag. 102, 1873.
DIEULAFÉ. *Tumeurs des glandes salivaires*. Gaillard et Nogué. Traité de stomat., vol. 8°, p. 86, 1913.
FOERSTER. *Tumori delle glandole salivari*. Manuale di Anat. Patol., p. II, pag. 38. Napoli 1867.
HALLOPEAU et JEANSELME. *Sur un cas de lipomes multiples simulant des tumeurs de la parotide et du corps thyroïde*. Ann. de Derm. et Syphil., n. 2, 1893.
HAMILTON. *Adipose tumor of the parotid gland*. Quart. Journ. of med. Sc., vol. 35°, pag. 468, 1863, cit. da BAUDET.
HARTMANN. *Tumori delle glandole salivari*. Duplay e Reclus. Tratt. di Chir., vol. 5°, p. II, pag. 49. Torino, 1895.
HEINEKE. *Die Geschwülste der Speicheldrüsen*. Ergebn. d. Chir. u. Orthop., vol. 6°, pag. 239, 1913.
KAUFMANN. Tratt. di Anat. Patol. spec., p. I, pag. 530, 1925.
KUETTNER. *Die Chirurgie der Speicheldrüsen*. Bergmann, Bruns u. Mikulikz. Handb. d. prakt. Chir., p. VI, pag. 971. Stuttgart, 1928.
LANG. *Pathologische Anatomie der grossen Kopfspeicheldrüsen*. Henke u. Lubarsch. Handb. d. spez. path. Anat. u. Hist., vol. 5°, p. II, pag. 116, 1929.
LUSTIG, RONDONI e GALEOTTI. *Lipomi*. Patol. Generale, vol. II, pag. 1101. Milano, 1929.
PARMENTIER et CHABROL. *Pathologie des glandes salivaires*. Roger, Widal et Garnier, Nouv. Traité de Méd., fasc. XV, pag. 48. Paris, 1923.
QUENU. *Il lipoma*. DUPLAY e RECLUS. *Tratt. di Chir.*, vol. I, p. I, pag. 403. Torino, 1893.
RECLUS, cit. da SPELTA.
RICHET. *Tumeur parotidienne. Infiltration graisseuse des culs-de-sac glandulaires de la parotide. Extirpation*. Gaz. d. Hôp., vol. 34°, pag. 406, 1861.
SACCHI. *Di un rarissimo caso di lipoadenoma congenito della parotide*. Gazz. d. osp. e d. clin., fasc. 6, pag. 627, 1893.
SHIMOTSUMA, KENTARO e KUO. *Sul lipoma della parotide*. Journ. of Orient. med., vol. 6°, fasc. 4, pag. 48, 1927, cit. da Zentr. Org. für die ges. Chir., vol. 41, pag. 23.
SPELTA. *Sopra un caso di lipoma intraghiandolare della parotide*. Gazz. d. osp. e d. clin., f. 28, pag. 292, 1909.
STEFANINI. *Chirurgia delle glandole salivari*. Alessandri. Man. di Chir., vol. 2°, p. I, pag. 605. Roma, 1934.
STEINSLEGER, MARCOS e NARDELLI. *Lipomi congeniti*. Rev. med. de Rosario de S. Fè., fasc. 19, pag. 514, 1929, cit. da Zentr. Org. f. d. ges. Chir., vol. 49, pag. 276.
STOEHR e RISAK. *Zur Klinik und Anatomie der Parotisgeschwülste*. Arch. f. Klin. Chir., vol. 143, fasc. 3/4, pag. 609, 1926.
STOLL. *Beiträge zur Kasuistik der Lipome*. Beitr. z. klin. Chir., vol. 8°, fasc. 3, 1891.
STOPPATO. *Lipoma della parotide*. La Chirurgia delle glandole salivari, pag. 249. Bologna, 1919.
WALZBERG. *Intrakapsuläres Lipom der Parotis. Speichelfistel. Heilung*. Zentrbl. f. Chir., fascicolo 17, pag. 270, 1881.

## L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

### L'elettroterapia ad onde corte.

(R. JONATA. *Giornale di Clinica Medica*, 10 giugno 1934).

*Principi fisici*. Quando una soluzione salina o di altro elettrolita è attraversata da una corrente elettrica, si stabiliscono due correnti, una di particelle a carica negativa che va dal polo negativo al polo positivo e l'altra di particelle a carica positiva che va dal polo positivo al negativo: due correnti quindi di polarità diverse e dirette in senso opposto.

Il corpo umano quando è attraversato da una corrente elettrica si comporta sostanzialmente come una soluzione salina. Le particelle in movimento sono rappresentate o da elettroni o da atomi o da aggregati di più atomi, da molecole, da particelle colloidali a carica sia negativa che positiva.

La corrente elettrica ha molteplici effetti biologici, che si possono schematicamente riassumere in un effetto lacerante o di scarica sui tessuti, in un effetto elettrolitico, per cui si hanno fenomeni di scissione di aggregati chimici, un effetto eccitante, un effetto paralizzante, un effetto termico con prevalenza ora dell'uno ora dell'altro a seconda delle caratteristiche della corrente che attraversa l'organismo.

Se sottoponiamo i nostri tessuti ad una corrente oscillante, cioè diretta alternativamente ora in un senso ora nel senso opposto, e se queste oscillazioni vanno man mano aumentando di frequenza nella unità di tempo, osserviamo che i vari effetti biologici della corrente si modificano e vanno attenuandosi fino a scomparire del tutto allorchè la frequenza si fa elevatissima e ne persiste uno solo: l'effetto termico. Queste correnti, chiamate di Arsonval, hanno trovato pratica applicazione nella diatermia, diatermocoagulazione ecc., in cui si trae profitto esclusivamente dell'effetto termico della corrente elettrica.

I comuni apparecchi di diatermia producono onde elettromagnetiche che si aggirano sui 400 m. e che attraversano il nostro corpo. Se il circuito viene opportunamente variato, si possono ottenere onde elettromagnetiche molto più corte, da pochi centimetri a 20-50 cm. Da queste modificazioni apportate ai comuni

apparecchi di diatermia in base ad interessanti osservazioni di indole biologica e sperimentale, ne è scaturita in questi ultimi anni l'applicazione pratica del trattamento terapeutico con le onde corte.

*Azione biologica delle onde corte — Effetti generali.* Gli effetti biologici di una applicazione diatermica sono essenzialmente da imputarsi allo sviluppo di calore: azione congestiva, spasmolitica, eccitatrice del ricambio locale, di riassorbimento degli essudati. Colle onde corte, a parità di condizioni, il calore che si sviluppa in una data parte del corpo è sensibilmente inferiore a quello prodotto da una comune applicazione diatermica, e poichè i fenomeni biologici e terapeutici che se ne ottengono sono notevolmente diversi con l'una e con l'altra terapia, ne deriva che non solo al fattore calore competono particolari effetti biologici ma anche alle onde elettromagnetiche di breve lunghezza. Alcune di queste azioni biologiche sono evidentemente in funzione della lunghezza d'onda. Le prime empiriche osservazioni sulla influenza biologica delle onde corte sull'uomo furono fatte tra il personale addetto alle stazioni di radiotelegrafia: esistono persone sensibilissime ed altre completamente insensibili. Taluni, dopo una esposizione anche breve, accusano un senso di stiramento del cuoio capelluto e della cute della fronte. Prolungando l'esposizione, e se non vengono adoperati mezzi di protezione, quali oggi sono in uso (abiti a rivestimento metallico) compare un senso di spossatezza e di apatia. A lungo andare possono insorgere dei sintomi nevrastenoidi: inquietudine, cattivo umore, pessimismo, facile stanchezza mattutina, cefalea. Qualche volta sono pure stati notati vaghi dolori alle braccia ed alle gambe. Il sonno però di questi soggetti non viene mai alterato, anzi pare che si faccia più profondo. Tali disturbi rimangono sempre soggettivi, senza mai dare luogo a fatti organici imputabili alla stessa causa. Tutti questi effetti sono tanto più facilmente rilevabili e più intimi quanto più piccola è la lunghezza d'onda. Con minore frequenza si osservano con l'aumentare di essa. Le onde oggi usate in terapia sono rappresentate da una gamma estesa fra 3 e 30 metri: le onde di più vasta applicazione parrebbero essere quelle intorno ai 14 metri.

*Effetti locali*, Nelle applicazioni locali gli effetti variano a seconda della lunghezza d'onda, della forma, della dimensione, della distanza degli elettroidi ad anche in rapporto alla posizione di essi rispetto al corpo. Di solito si osserva iperemia cutanea, sia nell'uomo che negli animali, ed a dosi intense si possono ottenere ustioni ed anche vere necrosi per termo-coagulazione. Facendo applicazioni a dosi molto forti negli animali si possono avere lesioni molto gravi con morte; nell'uomo però nei limiti delle dosi terapeutiche, a causa di ilettrodi male applicati o male isolati e specialmente in parti sottili come le dita, il padiglione dell'orecchio ecc. si possono avere soltanto delle lievi necrosi cutanee superficiali rapidamente riparabili.

Particolarmente interessanti sono le modificazioni vascolari: nei primi istanti dalla applicazione si ha uno spasmo di tutta la rete vascolare a cui segue immediatamente una vasodilatazione, talvolta diffusa, talvolta solo nelle venule e nelle arteriole. La corrente si accelera e le pareti delle vene e delle arterie divengono pulsanti. Se la dose somministrata è molto forte, la corrente in un secondo tempo si rallenta sempre più mentre il calibro vasale va aumentando fino a tre-dieci volte il calibro primitivo fino ad aversi, nelle dosi molto intense, fenomeni di trombosi e di necrosi negli elementi cellulari. Un tale effetto non è dovuto all'azione del calore bensì a modificazioni avvenute nel tono del simpatico vasale nel senso di una depressione di esso.

*Modificazioni chimiche e morfologiche del sangue.* Si nota, in seguito ad applicazioni di onde corte, diminuzione dell'indice di rifrazione per diminuita concentrazione albuminodea del siero di sangue, da interpretarsi come uno stato di idremia per richiamo di acqua nei tessuti verso il torrente circolatorio. Inoltre mentre nei tessuti si osserva un impoverimento di cloruri e del potassio, la calcemia diminuisce di 1-1,2 mgr. %. Vi sarebbe quindi uno spostamento di cloruri e del potassio verso il sangue ed una ritenzione tissulare del calcio.

È facile intuire che i benefici effetti terapeutici ottenuti dal trattamento ad onde corte nei processi infiammatori cronici debbono trovare con tutta probabilità la loro spiegazione in queste interessanti modificazioni vascolari e metaboliche dei tessuti.

*Azione sui meccanismi della termoregolazione.* Le onde corte agiscono direttamente o secondariamente sul sistema nervoso ed in particolare su quello vegetativo e della termoregolazione. Prova ne sia il fatto che. in seguito ad applicazioni locali di onde corte, alcune ore dopo il trattamento si può osservare un aumento della temperatura generale del corpo.

*Azione microbicida e modificazioni sierologiche.* Varie esperienze sono state fatte rivolte a studiare l'influenza che hanno le onde corte sulla vitalità dei germi patogeni e si è potuto osservare l'arresto di sviluppo ed anche la morte dei vari ceppi, indipendentemente dall'effetto termico, ma in stretto rapporto, come abbiamo già accennato, con la lunghezza d'onda usata (Izar, Pflom, Haase ecc.).

*Azione sui tessuti neoplastici.* I vari AA. che si sono occupati dell'argomento hanno ottenuto dei brillanti risultati nei tumori sperimentali, che caratteristiche ben diverse, eziologiche ed istologiche, hanno dai neoplasmi umani.

Complessivamente sembra che l'influenza distruttiva operata dalle onde corte sulle masse tumorali non sia dissimile da quella che si osserva in qualsiasi tessuto normale per effetto di onde di piccola lunghezza (2-3 m.).

***

*Applicazioni terapeutiche.* Sono svariatissime. Le forme suppurative sia superficiali che profonde (foruncoli, paterecci, ascessi, flemmoni, empiema) parrebbero trarre ottimi vantaggi da applicazioni giornaliere di dieci-trenta minuti con lunghezze d'onda da 12 a 18 metri.

Le affezioni dentarie, come periodontiti e paradentosi, traggono con frequenza ottimi risultati, quantunque spesso si debba ricorrere ad una lunga serie di applicazioni, persino di 80 sedute. Ma oltre i brillanti risultati ottenuti, anche in casi di infezioni focali, questo nuovo trattamento offrirebbe il vantaggio di essere una terapia squisitamente conservativa e bene accetta dal paziente. Le forme di idroadenite ne ritraggono ottimi benefici, ma è necessario ricorrere ad elettrodi emisferici che bene si adattino al cavo ascellare. I processi flogistici acuti delle prime vie respiratorie (angine, laringiti, riniti) in poche sedute (1-2) si risolvono. Grandi vantaggi ne risentono le sinusiti quantunque richiedano un trattamento più prolungato.

Interessantissime le applicazioni nel campo delle affezioni polmonari: brillanti risultati si sono ottenuti nei bronchiettasici in 25-30 sedute ed in forme di tubercolosi polmonare a tipo cirrotico-proliferativo.

L'applicazione nel campo della tbc. polmonare è però ancora limitata ed aspetta una conferma per poterne trarre una sicura indicazione. Le forme di empiema offrono risultati veramente incoraggianti. In casi di cancrena polmonare, di ascessi polmonari post-pneumonici, lo sputo diminuisce rapidamente di quantità, si attenua il fetore, la febbre regredisce. Talvolta si osserva un rapidissimo miglioramento soggettivo, mentre i fatti locali migliorano più tardivamente.

Nelle forme a tipo suppurativo, al termine del trattamento, è stata osservata una forte linfocitosi, che probabilmente rappresenta la fase monocitaria nel senso di Schillings.

Risultati altrettanto brillanti sono stati ottenuti in casi di pleurite essudativa: la febbre cede rapidamente e talvolta, dopo pochi giorni, si osserva il riassorbimento anche di abbondanti essudati.

Buoni risultati si sono anche avuti in alcune forme di annessiti.

Un campo che ha trovato vasta applicazione è l'applicazione di onde corte estesa a tutto il corpo con lo scopo di provocare una febbre artificiale.

Questa applicazione, che in fondo rientra nel campo della pireto-terapia, pare destinata a sostituire tutti gli altri metodi di provocazione artificiale della febbre.

Durante l'applicazione la frequenza del polso e del respiro aumenta, la pressione arteriosa si abbassa, il metabolismo basale diminuisce, e si ha una profusa sudorazione. Facile è comprendere come grandi benefici si abbiano con le onde corte nei casi di reumatismo cronico, di artrite deformante, di gotta e tutte le affezioni croniche articolari in genere.

Buoni risultati si sono anche avuti nella obesità, ipertensione arteriosa, angina pectoris e sindromi anginoidi: come terapia di schoc nei casi di asma, di cefalee ribelli, di forme eczematose diffuse ed in altre svariate affezioni cutanee.

Nel campo dei tumori ed in particolare dei carcinomi, i risultati sono molto incerti. Alcune volte anzi sembra che questa terapia faciliti l'accrescimento del neoplasma. Altre volte, specie nei cancri uterini, si sono avuti benefici effetti specie per quanto riguarda le manifestazioni dolorose.

L'esperienza clinica dirà in avvenire quanti degli entusiasmi suscitati da questo nuovo metodo di cura siano veramente giustificati.

G. LA CAVA.

# SUNTI E RASSEGNE

## ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

### Sui miglioramenti spontanei della tubercolosi polmonare.

(Q. DELORE. *Presse méd.*, 4 agosto 1934).

Dopo la comparsa dei metodi collassoterapici sembra che nello spirito dei medici la nozione di guarigione spontanea della tubercolosi polmonare sia rientrata nell'ombra. Eppure ognuno di noi ha potuto constatare che dei soggetti affetti da lesioni evolutive guariscono senza pneumotorace. Si tratta di vedere quali sono le forme suscettibili di guarigione spontanea.

Quanto alle caverne, la forma, le dimensioni e la sede hanno una importanza preponderante.

Le caverne piatte guariscono spesso spontaneamente; lo stesso non si può dire delle caverne sferiche di piccole dimensioni. Le caverne giganti costituiscono per il loro portatore un decreto di morte a più o meno lunga scadenza.

Quanto alla sede, le caverne juxta-ilari, senza dubbio in ragione della prossimità ai grandi vasi dell'ilo, si cicatrizzano molto più raramente che le altre e, quando arrivano a ciò, vi impiegano un tempo molto più lungo.

Quanto alle lesioni condensanti o infiltrazioni talora molto importanti, descritte successivamente dagli AA. sotto i nomi di spleno-polmonite, di infiltrazione epitubercolare, di

reazione perifocale, spesso guariscono senza lasciare che una traccia minima della loro esistenza.

Il grado di curabilità delle lobiti è ben differente secondo che si riserva il nome di lobite a delle lesioni fibrose od a lesioni pneumoniche. In quest'ultimo caso il processo abituale è la caseificazione e l'ulcerazione. Tuttavia è frequente vedere il processo che ha invaso il lobo regredire completamente senza terapia. Generalmente però la regressione è parziale.

Con una frequenza molto maggiore guariscono senza lasciar traccia quelle forme congestizie e pneumoniche, ben descritte da Ribadeau-Dumas e Bezançon, quelle reazioni infiammatorie provocate dalla presenza di un focolaio bacillare, quelle infiltrazioni epitubercolari degli AA. germanici prodotte dall'azione tossica del bacillo.

Si installano spesso rumorosamente, povere in segni stetoscopici, e guariscono quasi sempre, senza il soccorso di alcun trattamento, in qualche settimana.

Quanto a questi focolai di infiltrazione epitubercolare risolutiva è assai frequente, nel corso del pneumotorace, osservare dal lato opposto, assolutamente indenne, delle lesioni evolutive di tipo spleno-pneumonico, ad evoluzione favorevole.

Ancora più spontaneamente curabili sono queste infiltrazioni talora molto estese osservate nei bambini. Ad inizio brusco, con segni generali marcati, possono far pensare ad una malattia infettiva qualunque; la loro scomparsa si fa lentamente e può essere totale.

Le stesse lesioni nodulari rappresentate nella lastra da un fine terriccio di piccole macchie, possono evolvere spontaneamente verso la *restitutio ad integrum*. Queste forme, descritte sotto il nome di granulie fredde, si vedono generalmente in ambulatorio. Per quanto abbiano come caratteristica la stabilità, non è raro assistere alla scomparsa progressiva dei granuli.

Ecco dunque tre sorta di lesioni, appartenenti alle diverse forme cliniche della tubercolosi polmonare e rappresentanti tutte le sue modalità evolutive, che possono guarire spontaneamente, senza alcun soccorso terapeutico.

Questa nozione di guarigione spontanea deve essere pertanto sempre presente allo spirito del medico. C. TOSCANO.

## Trattamento delle emottisi mediante iniezione intratracheale di medicamenti emostatici.

(R. F. VACCAREZZA. *La Prensa Medica Argentina*, 25 aprile 1934).

Due scuole tisiologiche italiane, quella di M. Ascoli prima e quella di Morelli poi, hanno preconizzato in questi ultimi anni il trattamento delle emottisi mediante smministrazione endotracheale di varie sostanze emostatiche.

Nel 1925, in seguito alle investigazioni realizzate da Ascoli e Fichera sulla chemioterapia locale della tubercolosi polmonare, Giuffrida propose l'uso intratracheale della adrenalina per combattere le emottisi. Tale metodo avendo dato buoni risultati fu in seguito sperimentato da vari AA. specialmente italiani ed andò acquistando rapida diffusione.

Per le iniezioni intratracheali la scuola di Ascoli ricorre generalmente al metodo sopraglottico: si vale di una siringa laringea di tipo Rosenthal, fornita di una lunga cannula incurvata, che viene introdotta direttamente senza alcuna anestesia, fino a raggiungere la epiglottide, procedendo quindi alla iniezione del liquido, durante una inspirazione profonda. La tosse cessa se il medicamento è penetrato o no nella trachea. Quando il liquido è deglutito si ripete l'iniezione.

La scuola di Morelli utilizza invece il metodo transglottico, previa iniezione di sedol e polverizzazione faringo-laringea con cocaina al 5-10 %. Sorpassato l'ostacolo glottideo il liquido viene iniettato con la massima rapidità, durante una inspirazione profonda.

L'A. applica invece un metodo che ha già descritto qualche anno fa per le iniezioni intratracheali di lipiodol: con tale metodo si eviterebbero gli inconvenienti dei metodi transglottico ed infraglottico e la insicurezza dei metodi sopraglottici.

Previa anestesia palatino-faringea ottenuta mediante polverizzazione di percaina al 5 ‰, si colloca il paziente in decubito addominale, gli si fa sporgere fortemente la lingua e mediante una siringa provvista di una cannula si instilla lentamente nella parte media della base della lingua la soluzione medicamentosa, che si dirige quindi da sola verso il vestibolo laringeo e si introduce nell'albero tracheobronchiale. È un metodo facile, alla portata di qualsiasi medico pratico: talvolta l'instillazione deve essere preceduta da una iniezione di morfina o altro oppiaceo allo scopo di impedire la immediata espulsione del medicamento: ciò specialmente nei soggetti con intensa riflettività tossigena e nei quali la natura della emottisi non costituiva una controindicazione. Quando è possibile determinare quale sia il polmone che sanguina si fa adottare al paziente in decubito addominale una inclinazione adeguata per ottenere una migliore penetrazione del liquido nel detto polmone.

L'A. ha usato indistintamente coaguleno e tromboplastina adrenalinizzati: le iniezioni si ripetono ogni 12, 24 o 48 ore a seconda le necessità del caso e del momento.

I risultati ottenuti sono stati molto soddisfacenti, sopratutto se si tien conto che le osservazioni trattate corrispondono ad emottisi gravi per abbondanza e persistenza, ribelli alla medicazione utilizzata comunemente. Talvolta basta una sola iniezione ad arrestare la emorragia, sparendo il sangue dagli sputi pochi minuti dopo somministrato il medica-

mento. Altre volte la emorragia non cessa immediatamente, bensì si riduce gradualmente e sparisce in capo a qualche giorno. In alcuni casi l'azione benefica si nota consecutivamente a ciascuna iniezione, ma il giorno seguente l'emottisi si riproduce. In alcuni casi il metodo non diede alcun risultato: l'insuccesso non può sorprendere.

È fuori dubbio che la efficacia della medicazione dipende dalla patogenesi della emottisi e dalla importanza ed estensione del focolaio emorragico.

L'A. riporta tre dei casi trattati: il primo presentava un ascesso cronico del polmone che aveva prodotto due emottisi considerevoli: la prima volta si ottenne la cessazione della emorragia nel termine di 24 ore mediante due iniezioni di coaguleno adrenalinizzato e la seconda mediante quattro iniezioni praticate nel corso di 5 giorni.

La seconda osservazione riguarda un soggetto con tbc. evolutiva e con una emottisi straordinariamente tenace e persistente, arrestata con una sola iniezione in meno di 24 ore.

La terza osservazione si riferisce ad un tubercolotico avanzato con grandi emottisi subentranti, anemia estrema e stato preagonico, nel quale si ebbe la immediata riduzione dell'emorragia e ulteriormente la sparizione di essa. Il p. morì dopo qualche tempo in seguito a perforazione spontanea pleuro-polmonare.

Le iniezioni intratracheali sono indicate in tutte le emottisi di una certa importanza, ribelli ai comuni mezzi di cura. I vantaggi del metodo consistono nella riduzione o cessazione immediata della emorragia e dei suoi pericoli, fra i quali non ultimo la disseminazione polmonare del processo tubercolare nei casi di emottisi evolutiva.

Quando la efficacia del trattamento è solo temporanea permette almeno di esaminare meglio l'infermo e di stabilire con maggiore sicurezza lo stato di ambo i polmoni ed il luogo di origine della emottisi, elementi che saranno di grande utilità nel caso fosse necessario stabilire un pnx. emostatico d'urgenza. È un metodo terapeutico privo di pericolo e la cui scarsa diffusione, almeno finora, è forse dovuta alla credenza, comune ma errata, che le iniezioni intratracheali siano di tecnica complessa e delicata, particolarmente in tubercolosi emottoici. Si tratta insomma di un trattamento utile e semplice che deve essere introdotto nella pratica tisiologica corrente.

G. La Cava.

**Pio-pneumotorace da perforazione pleuropolmonare spontanea con pronunciata ernia mediastinica.**

(F. E. Bonco e J. Egües. *Prensa Médica Argentina*, n. 12, anno XXI, 21 marzo 1934).

Si trattava di una donna di 18 anni affetta da tbc. polmonare torpida che nel febbraio 1932, improvvisamente, fu colpita da una sindrome di torace acuto: dolore puntorio al costato, dispnea, febbre alta. L'esame faceva rilevare: aspetto intossicato, ortopnea intensa, polso 140, febbre 38,5, torace asimmetrico per distensione dell'emitorace destro, timpanismo dei due terzi superiori di detto emitorace il cui terzo inferiore è occupato da una ottusità assoluta su cui è abolito il murmure vescicolare, soffio anfonico nella zona di ipersonorità, incrussione ippocratica. A sinistra notevole spostamento degli organi del mediastino tanto che la punta del cuore batteva in corrispondenza della linea ascellare anteriore. Furono estratti 500 cc. di pus giallastro dalla pleura destra. Una radiografia dimostrava: spostamento del mediastino verso il lato sinistro, immagine idro-aerea del polmone destro con polmone collassato, ernia della pleura nel mediastino fino a coprire tutta l'immagine cardiaca. Per avere un'idea esatta del quadro radiologico furono praticate altre 3 radiografie con mezzo di contrasto (30 cc. di lipiodol) e con tre diverse inclinazioni: sinistra, destra e obliqua.

Per l'esame clinico e radiologico fu fatta diagnosi di pneumotorace spontaneo da perforazione pleuropolmonare, pleurite purulenta, grande ernia mediastinica.

In giorni successivi furono praticate 3 estrazioni di pus (in media 500 cc.) e iniezioni di olio gomenolato.

Un mese e mezzo dopo si chiude la comunicazione pleuro-bronchiale, scompare il pleurocele ed il mediastino ritorna verso la linea mediana, scompare la febbre, lo stato generale migliora. Però in ottobre in seguito ad una angina si ha un aggravamento notevole dello stato polmonare: tosse, febbre, ortopnea.

Dato questo quadro si imponeva il drenaggio immediato della pleura che fu istituito con un trequarti, poi sostituito con una Petzer innestata ad un tubo pescante in un vaso sterile. Il risultato fu ottimo ed allora 8 giorni dopo fu praticata una frenicectomia e 15 giorni dopo una toracoplastica con resezione delle prime 5 costole, mantenendo sempre il drenaggio della cavità pleurica con una Nélaton a posto della Petzer già usata. Un anno dopo era chiusa la fistola chirurgica e la paziente era aumentata di 20 chili di peso.

Plastina.

## MEDICINA LEGALE.

**Il segno dell'imitazione della voce nella diagnosi della sordità simulata.**

(L. Baldenweck. *Presse Médicale*, 9 giugno 1934).

Quando due persone tengono una conversazione adoperano istintivamente un tono analogo o più esattamente un'altezza di voce similare. V'è nell'emissione vocale una specie d'adattamento incosciente, che non riguarda i caratteri della voce di ciascuno ma la forza, l'intensità con la quale si emettono i suoni ed in certo modo anche l'intonazione.

Nel caso di una sordità leggera le cose procedono nel medesimo modo. Se ad un sordo leggero si fanno domande con voce alta, di conversazione o susurrata, come avviene normalmente, egli risponderà in modo se non identico almeno analogo, elevando o abbassando la voce parallelamente a quella dell'interlocutore.

Lo stesso fenomeno esiste, quantunque in minor grado e più irregolarmente, se l'orecchio esaminato è colpito da sordità marcata. In ogni caso, si ha sempre che il malato risponde a voce alta quando lo s'interroga gridando e a voce bassa quando lo s'interroga con un'intensità di voce pari a quella che egli può intendere. Queste alternative parallele all'altezza di tono adoperata dall'esaminatore può ripetersi indefinitamente. Tuttavia procedendo nell'esame il soggetto non imita più e finisce per adottare un tono di voce uniforme. Solo l'inizio dell'esame ha quindi valore.

Per procedere alla prova bisogna innanzi tutto evitare che il soggetto oda con l'orecchio indicato sano e ciò si ottiene assordandolo con un apparecchio rumoroso (ad es. tenendo a contatto dell'orecchio una sveglia in funzione).

Si accerta quindi il limite al quale sono udite la voce di conversazione debole e quella forte, ad es. 20 cm. per la prima e 30 cm. per la seconda.

*A fortiori* il soggetto risponderà alla stessa distanza di 30 cm. se si adopera la voce gridata. Si passa quindi rapidamente alla voce di conversazione debole. Possono allora verificarsi tre eventualità:

1. Il soggetto non risponde affatto. Può essere sincero non avendo veramente inteso o è un abile simulatore. Questa discriminazione si farà con altre prove.

2. Risponde ma senza seguirne le variazioni dell'intensità della voce dell'esaminatore, ossia senza imitare. Egli simula perchè percepisce la voce debole a 30 cm. mentre prima asseriva di non udirla che a 20 cm.

3. Risponde imitando la voce. Allora egli esagera notevolmente. In effetti perchè l'imitazione della voce si produca occorre una delicatezza di audizione che consenta non solo di intendere le frasi, ma le variazioni della tonalità. La prova quindi assume un carattere quantitativo.

Un altro utile espediente è quello di bendare l'individuo e ripetergli a voce alta le domande ad una distanza superiore ai 30 cm., ad es. a 60 cm. Avendo gli occhi bendati egli non si rende conto della distanza e non potendo misurare con la sola percezione acustica la distanza, risponderà.

Se la prova è positiva ha un grande valore per la diagnosi di simulazione.

In ogni caso conviene procedere fin dal primo momento con molta rapidità. Talvolta individui che si dichiarano quasi del tutto sordi e pretendono di udire la voce gridata solo a contatto, finiscono per rispondere e con un tono di voce bassa a domande fatte improvvisamente con voce notevolmente più debole di quella adoperata poco prima.

È necessario insistere sulla convenienza che l'orecchio del lato opposto sia durante l'esame assordito e non otturato. L'assordimento oltre ad essere il miglior mezzo per eliminare l'orecchio del lato opposto e quello in esame, produce un certo turbamento psichico utile ai fini dell'indagine. DR.

# MEDICINA DEL LAVORO.

## La malattia dei pescatori di spugne.

(SKÉVOS G. ZERVOS. *Paris médical*, 4 agosto 1934).

Si tratta di una curiosa affezione, descritta per la prima volta nel 1903, da Skévos G. Zervos, nei pescatori di spugne dell'isola di Calimno. Questi lavoratori del mare, sono particolarmente, per le loro peculiari modalità di lavoro, esposti alla malattia in questione. Nudi completamente, portano legata alla mano sinistra una cordicella, e fra le due mani tenendo una pietra del peso di 15-20 kgr., dopo aver respirato profondamente si gettano in acqua, testa in avanti. In pochi secondi essi toccano il fondo del mare, pongono la pietra sotto l'ascella sinistra, camminando sul fondo strappano le spugne che discernono, le introducono nella rete che portano al collo dopo averle grossolanamente ripulite delle pietre, delle attinie che le spugne portano alle radici. Ma anche ripulite, attinie sulla superficie od alla base delle spugne, allorchè queste vengono poste nella rete al collo del pescatore, si trovano ancora, ed allora a contatto della superficie nuda dell'individuo, o con la loro bocca od introducendo il loro veleno, provocano la peculiare malattia.

Il pescatore di spugne colpito dall'attinia, sente un prurito ed un vivo senso di bruciore nel sito colpito, da dove poi si estendono all'intorno e si generalizzano. Una crosticina indica il sito d'ingresso del veleno, mentre la superficie circostante presentasi arrossata e leggermente tumefatta.

In breve tempo il gonfiore aumenta e si estende, divenendo doloroso. Il rossore passa dal porpora al rosso oscuro, al bluastro, al violetto, al nero. Brividi, dolori, vomiti, cefalea, febbre sempre più alta. La superficie circostante al sito colpito, a seconda della quantità e della tossicità del veleno attinico, a seconda la parte del corpo colpita, a seconda pure della stagione, ordinariamente si sfacela lasciando una piaga abbondantemente suppurante, resistente alla cicatrizzazione. Di rado, ascessi, con pus inodori. La febbre accompagna lo sfacelo, gli ascessi, la cicatrizzazione, con astenia, vomiti, cefalea, sete.

Il piccolo zoofita parassita appartiene all'ordine dei zoanti ed omogenere alle attinie. È un celenterato di 0,5-4 cm. di lunghezza, nerastro, parassita della spugna vivente. Ha una faccia, ed una bocca donde emette il veleno, bianco di consistenza vischiosa, alla circonferenza ha due serie di tentacoli, bianchi, sottili. Il suo veleno a contatto dei pescatori provoca sempre le lesioni suddette. I pescatori usano disseccare e polverizzare queste attinie, per utilizzarle durante l'inverno ad uso avvelenamento di cani e gatti che muoiono rapidamente in convulsioni appena ne hanno ingerito gli alimenti.

La malattia non è mortale, abbenchè dia luogo a notevoli sofferenze: in 30-50 anni l'A. nell'isola di Calimno, ha notato due o tre casi mortali.

Cure specifiche non se ne conoscono: è utile, subito dopo la lesione, evacuare la maggior parte del veleno con la suzione o con la ventosa. Di poi cure sintomatiche antisettiche locali, e cure di sostegno generali.

MONTELEONE.

# MISCELLANEA.

## Gli accidenti dovuti al caldo nel bambino e nel lattante.

(BAIZE. *Le Bulletin médical*, 4 agosto 1934).

Il ritorno delle alte temperature dell'estate rende attuale la questione dell'importanza del calore in patologia infantile, la cui influenza schematicamente si esercita in due maniere:

indirettamente, favorendo l'esplosione di disturbi digestivi, specie di diarree coleriformi.

direttamente con una serie di accidenti che vanno dal semplice eritema solare, transitorio, alle più gravi forme di insolazione, fino al colpo di calore pel quale non necessita l'azione diretta del sole.

Le statistiche mostrano che la mortalità è in luglio 4-5 volte più forte che in gennaio. Fra le morti, molte sono dovute alle diarree gravi coleriformi. Secondo Finkelstein ed altri, anche le affezioni parenterali subirebbero pel caldo un aumento. Al contrario di quanto ammette il Burghi, è ammissibile che lo scoppio di queste diarree gravi sia dovuto alla pullulazione, sotto l'azione del caldo, di batteri nel latte insufficientemente o tardivamente sterilizzato, pullulazione che può essere rapidissima. Non deve meravigliare perciò che l'invasione dell'intestino per parte di questa flora, che può essere patogena, si accompagni a disturbi digestivi gravi in rapporto con una vera tossinfezione di origine lattea (Marfan).

Gli accidenti dovuti all'azione diretta dei raggi solari, sono dovuti all'irradiazione solare totale, cioè alle radiazioni visibili ed invisibili, e fra queste, per una parte, ai raggi infrarossi, e specialmente alle radiazioni ultravioletté. I raggi infrarossi che forniscono il 45-60 % dell'energia totale dello spettro, sono responsabili del riscaldamento dei tessuti, superficiali o profondi, i raggi ultravioletti attinici, generano specialmente eritemi più o meno accentuati. Questi accidenti sono più frequenti nel bambino grandicello che nei lattanti, più nei cittadini privi di allenamenti, che nei campagnoli. Si osservano in genere all'improvviso, dopo una giornata passata all'aperto, con sole più o meno vivo, magari anche con cielo coperto, ciò spiegandosi per il fatto che la luce diffusa è particolarmente ricca di radiazioni a corta lunghezza d'onda. In primo grado è il colpo di sole, comparabile, ad una ustione di primo grado, o ad una senapizzazione: il bambino ha il viso rosso, gli occhi iniettati, la pelle scottante, un prurito moderato. L'eritema è più o meno esteso, ed intenso: se accentuato, si accompagna ad anoressia, cefalea, talora febbre. Dopo due o tre giorni termina con una desquamazione furduracea o lamellare e può lasciare una pigmentazione. A queste manifestazioni benigne possono avvicinarsi le epistassi sopravvenienti senza causa apparente. Più seria è la insolazione propriamente detta: anoressia, febbre alta, pallore, vomito, segni di disidratazione, brutale caduta del peso, talora quadro clinico di una emorragia meningea, mortale.

Interessante è il « colpo di calore » conosciuto bene dai medici militari nelle lunghe marce in giornate calde, in soldati stanchi, troppo carichi, troppo vestiti. Fatto in apparenza paradossale, esso insorge nei periodi di sosta, magari quando gli uomini all'ombra di un albero o di un muro non sono esposti alla azione diretta del sole. Nel lattante il colpo di calore, presenta analogia con quello dell'adulto. Fra i fattori etiologici che presiedono al suo scoppio, bisogna distinguerne intrinseci al lattante stesso (imperfezione dell'apparato termoregolatore a questa età) e d'altra parte cause in rapporto all'ambiente, al caldo, e, specialmente al grado igrometrico dell'aria. Si sa infatti che gli omeotermi (mammiferi ed uccelli) hanno centri nervosi nella parte anteriore del corpo striato, nel *tuber cinereum*, regolanti da una parte la produzione del calore, e dall'altra la sua dispersione. Ogni tendenza all'ipertermia od al raffreddamento è immediatamente combattuta con l'aiuto di mezzi chimici (contrazioni muscolari, brividi), e specialmente fisici (vasomotori, sudore, eliminazione di acqua per la via polmonare, polipnea termica). Nel bambino ora tali meccanismi, specie i vasomotori cutanei, non funzionano con la stessa precisione degli adulti: il bambino non è un omeotermo perfetto, egli ha tendenza a porre la sua temperatura a livello della temperatura esterna. Così la temperatura del lattante, nei tempi caldi, tende ad aumentare e tanto più quanto maggiori sono gli ostacoli ai meccanismi compensatori, cioè all'evaporazione ed all'irradiazione cutanea, e quanto

più il grado igrometrico si innalza, saturando l'aria di umidità, tanto più la evaporazione cutanea si fa male e la temperatura del corpo tende ad aumentare (il caldo secco è perciò meglio sopportato del caldo umido). Così la sudorazione contribuisce largamente al raffreddamento dell'organismo (550 microcalorie per grammo di sudore evaporato) a patto che nessun ostacolo vi si frapponga (vestiti troppo caldi o troppo stretti, berretti, maglie, coperte di lana, fascie di flanella intorno all'addome, delle quali i genitori, in base a pregiudizi inveterati, coprono i loro bambini nella stagione calda, per evitare che si « raffreddino » o « le correnti di aria »). L'abbassamento del grado igrometrico dell'aria al disotto di un certo limite (30-40) può anche causare accidenti: una secchezza esagerata dell'aria può portare a perdite di acqua esagerate, a disidratazione verso la quale il bambino è sensibilissimo. In questo caso la febbre è spiegata dallo stesso meccanismo della febbre della sete (Erich Muller) o dell'essicosi (Rietschel-Schiff). In definitiva possiamo nel bambino distinguere:

Il colpo di calore classico: verso il dopo pranzo ci si accorge che il bambino tenuto in una culla, coperto, al riparo dei raggi, in una stanza ben ombrata, pieno di flanelle, per evitare colpi di aria, correnti, diviene pallido, magari un poco cianotico, inerte, sonnolento, con gli occhi fissi, rifiutante magari il biberon; dalla vigilia era abbattuto, si alimentava difficilmente. La respirazione è rapida, il polso piccolo, frequente, irregolare. Temperatura rettale di 41°. Nessun disturbo digestivo, salvo qualche vomito, non diarrea, talora acetonuria, o glucosuria. Dopo qualche ora semicoma, periodi di agitazione, convulsioni, morte in 24-36 ore. Questa forma acutissima è la meno frequente, in altri casi l'inizio e la temperatura sono meno brutali ed alte, con disturbi digestivi e persistendo la malattia si vede il peso rapidamente scemere, con arcata disidratazione, depressione delle fontanelle, pieghe cutanee. Guarigione possibile in questi casi, ma durata lunga. Sintomatologia insomma di ipertermia, di disturbi nervosi e cardio-vascolari Si osservano sia nei bambini nutriti al seno che artificialmente.

In taluni paesi si nota una « sindrome del mezzogiorno » dovuta allo spirare di venti del sud, caldi e secchi, il föhn del Tirolo, lo scirocco, ecc. I sintomi sono più legati all'abbassamento dell'igrometria che all'elevazione termica: gli accidenti variano dalla semplice agitazione, all'ipertermia, al coma. Tali accidenti vanno riavvicinati a quelli che talora di inverno si verificano in sale ospitaliere, ove funzionino apparecchi a riscaldamento centrale potente.

Dal punto di vista profilattico: in regola generale, in estate i bambini, all'infuori dell'ora della passeggiata, debbono essere mantenuti in camere fresche riparate dall'azione diretta dei raggi solari: la temperatura non dovrebbe sorpassare i 22°. Qualora non esistano appositi apparecchi termo ed igroregolatori, si può ricorrere ai ventilatori a patto che il bambino non sia posto nella corrente d'aria diretta dell'apparecchio, a pezzi di ghiaccio posti in bacini in prossimità dei letti dei bambini. Si sorveglieranno in modo speciale i vestiti: leggeri, poco aderenti; dovranno essere proscritti nella stagione calda, cuffie, fascie, coperture di lana. Eccellente pratica è il bagno bi-quotidiano a 34°-35°. Biberon un poco freschi, mai sovralimentazione. Se il colpo di calore è dichiarato, occorre: far abbassare la temperatura (bagni freddi ogni tre ore e progressivamente raffreddati da 37° a 33°-32°, per ogni 10-20 minuti). In mancanza di bagni, o a complemento di questi, nel loro intervallo, impacchi freddi ogni tre ore, per un'ora. Clisteri freddi a 25°-20°, di 150-200 cc. che si sforzerà di trattenere per qualche minuto: da tre a quattro nelle 24 ore. Dieta idrica immediatamente: far bere abbondantemente. Acqua semplice, o leggermente zuccherata, a 30°, frequentemente, ed in piccole quantità ogni volta. Se il bambino rifiuta di bere, rettoclisi di siero glucosato, se non vi è diarrea, od esofagoclisi con l'aiuto di sonda nasale. La somministrazione di acqua per via digestiva è superiore alla somministrazione parenterale nella lotta contro la disidratazione. Si potranno associare: iniezioni sottocutanee od intravenose, od intraperitoneali, di siero glucosato (20-40-80 cc. della soluzione al 40 %) nelle 24 ore.

La tendenza al collasso ed all'algidità sarà combattuta con le iniezioni di canfora (2-5 cc. della soluzione acquosa), di caffeina (2-5 ctg.), di digitalina (1/8 di mmgr.). Il gardenal attenuerà le convulsioni o l'agitazione.

Ulteriormente quando la minaccia degli accidenti acuti è allontanata, bisogna sorvegliare il tubo digestivo e rialimentare il bambino con estrema prudenza: latte di donna, babeurre, latte secco) per evitare la comparsa secondaria, spesso frequente, di diarree gravi a tipo coleriforme. MONTELEONE.

## La fisiopatologia dell'epifisi.

(S. FIANDACA. *Rif. Med.*, 30 giugno 1934).

Le conoscenze sulla funzione dell'epifisi, frutto di ricerche veramente recenti, appaiono ancora oggi limitate ed incerte.

Sembra ormai accertato che la pineale sia un organo ghiandolare. In questo senso parlano numerosi fatti: lo sviluppo embriologico del tutto simile al lobo posteriore dell'ipofisi, la struttura istologica (presenza di cellule nettamente differenziate verso una funzione secretoria), la sua influenza sullo sviluppo somatico dell'organismo, constatata sia dopo l'ablazione, sia in seguito ad iniezione di estratti o ad attecchimento di innesti.

Dal punto di vista clinico spetta al Pellizzi

il merito di avere per primo descritto una sindrome che chiamò « macrogenitosomia precoce » e che attribuì ad ipofunzione o a mancanza dell'epifisi.

La sindrome, caratterizzata dalla comparsa precoce di caratteri sessuali secondari, dallo sviluppo anormale degli organi genitali esterni e dall'accrescimento rapido ed armonico del corpo, è stata descritta anche da altri AA., e nella maggior parte dei casi la lesione epifisaria è rappresentata da un tumore.

Dal punto di vista sperimentale numerose ricerche sono state istituite utilizzando tanto la epifisectomia che l'iniezione di estratti pineali o gli innesti di ghiandola epifisaria.

Purtroppo i risultati ottenuti sia col primo che col secondo dei metodi di indagine appaiono abbastanza incerti e spesso contraddittori.

Alla epifisectomia sono da addebitare quali cause di errore la possibilità di lasciare in sito frammenti di ghiandola, a parte l'eventualità, relativamente rara, di pineali accessorie o la produzione di lesioni del sistema nervoso le quali possono per conto loro giustificare molti dei fenomeni osservati.

La somministrazione di estratti sia per via orale che parenterale o endovenosa pecca per la difficoltà di ottenere un estratto sicuramente attivo. Per quanto riguarda gli innesti, la difficoltà dell'attecchimento ha ridotto le esperienze in tale senso ad un numero così esiguo che non è possibile trarne conclusioni.

Si può comunque ritenere dimostrata, in base ai dati sperimentali, che l'epifisi eserciti un'azione inibitrice sullo sviluppo corporeo e sullo sviluppo degli organi sessuali.

Occorre infine mettere in giusto rilievo l'azione dell'epifisi sulle altre ghiandole a secrezione interna e specialmente sulla ipofisi, con la quale, sembra, esisterebbero particolari rapporti, oltre che anatomici, funzionali, nel senso di una possibilità di compenso funzionale fra il lobo anteriore dell'ipofisi e l'epifisi.

C. TOSCANO.

## Il singhiozzo post-operatorio e sua cura.

(H. KALLFELZ. *Arch. f. Klin. Chir.* Vol. 178. Fasc. 3, 1934).

Il singhiozzo è dato da contrazioni cloniche, involontarie, più o meno frequenti di una parte o di tutto il diaframma, che si accompagnano ad un rumore caratteristico: tale rumore è prodotto dal rapido penetrare dell'aria attraverso la glottide semichiusa.

In alcuni casi la contrazione del diaframma si può accompagnare a contrazione dei muscoli ausiliari della respirazione e questi possono anche prendere la prevalenza.

Il singhiozzo, che è per lo più un disturbo soltanto noioso ma senza carattere di gravità, può talvolta assumere forme ed intensità tali che lo rendono veramente grave: gli attacchi di 100 e più singhiozzi al minuto possono durare non solo ore ma anche giorni e settimane impedendo al malato di nutrirsi, di dormire e rendendo difficile la respirazione.

Il singhiozzo quale complicazione postoperatoria, colpisce in genere soltanto gli individui dai 50 ai 60 anni. È noto come il singhiozzo in genere sia provocato da una irritazione del centro respiratorio e ciò per mezzo di stimoli:

1) provenienti dal sistema nervoso centrale (*lesioni organiche*, influssi psichici);

2) per stimoli chimici attraverso la corrente sanguigna (venosità, uremia, sepsi, prodotti tossici ecc.);

3) per via riflessa per irritazione delle fibre sensitive del n. frenico e del simpatico.

Il singhiozzo postoperatorio rientra sicuramente nell'ultimo gruppo: secondo Yiraseks si tratta per lo più di influssi meccanici che causano una pressione od una trazione su quelle porzioni del cavo toracico o addominale che sono innervate dal frenico o dal simpatico.

Non raramente singhiozzo per irritazione dei nervi diaframmatici si osserva dopo operazioni di toracoplastica, pneumolisi, dopo interventi sull'esofago e sul diaframma (Sauerbruch).

Ma molto più frequente è tale complicazione dopo interventi nell'addome: vengono poi in linea di frequenza gli interventi sul sistema uro-genitale.

Il singhiozzo è considerato quale segno di cattiva prognosi nella peritonite: esso è particolarmente manifesto nelle peritoniti diaframmatiche: ma ciò non significa che ogni singhiozzo che interviene in seguito ad intervento sull'addome sia patognomonico per una peritonite: molti pazienti colpiti da peritonite post-operatoria, vengono a morte senza che sia intervenuto il singhiozzo.

Molto spesso il singhiozzo che interviene dopo interventi sullo stomaco, resezioni o gastroenterostomie, è dovuto ad una più o meno intensa atonia e dilatazione dello stomaco, il quale viene ad esplicare così una trazione sui suoi due punti fissi, il cardias ed il piloro. Basta infatti modificare lo stato di atonia con i mezzi opportuni, (ad es. svuotamento e lavaggio dello stomaco) perchè il singhiozzo rapidamente sparisca.

Spesso il singhiozzo si presenta dopo interventi sul colon, più raramente dopo operazioni sulla cistifellea e pancreas. È da considerare la possibilità che in molti casi il singhiozzo sia dovuto a focolai di peritonite localizzata che non si manifesta clinicamente.

Il singhiozzo che si presenta dopo interventi urologici, specialmente prostatectomie, è da riferire, secondo Marion, a ritenzione azotata: ma non sempre ciò è vero: si sono visti pazienti con azotemia alta senza singhiozzo ed altri che avevano un singhiozzo insistente, mentre l'azotemia era normale.

Come si vede molti sono i possibili momenti causali del singhiozzo e non sempre è possibile stabilirne la vera origine.

Per quanto riguarda la cura molti sono i metodi proposti: una cura causale non sempre è possibile perchè non sempre è nota la causa: spesso il singhiozzo sparisce da solo, senza alcuna terapia.

La cura psichica suggestiva, efficace nelle forme a base nevrotica, ha piccola importanza nella cura del singhiozzo postoperatorio.

La terapia fisica (compressione della porzione inferiore del torace, pressione sulla tiroide, applicazioni calde, spugnature fredde, galvanizzazione, pennellature faradiche) ha dato in alcuni casi buoni risultati.

Così anche il lavaggio gastrico nei casi di interventi sullo stomaco: dal punto di vista dietetico buoni risultati si avrebbero con la dieta secca.

La terapia medicamentosa comprende una vera legione di preparati e di droghe: fra queste i migliori risultati si sono ottenuti con la pilocarpina, la papaverina e la lobelina, questa ultima per via endovenosa. Anche efficace l'inalazione di anidride carbonica.

Nei casi più gravi e più resistenti si è tentata anche una terapia chirurgica che va dal bloccaggio del n. frenico con una soluzione di novocaina, fino alla frenicoexeresi ed al bloccaggio con anestetico del simpatico cervicale.

Ma anche questi mezzi eroici riescono talvolta inefficaci e non resta altro allora che affidarsi alle risorse dell'organismo.

G. La Cava.

# DIVAGAZIONI

## La profilassi dell'invecchiamento.

Il vecchio mito di Faust risorge continuamente sotto nuovi aspetti, rinnovandosi con il mutamento degli indirizzi scientifici. Nei più noti sistemi finora usati (Steinach, Voronof) si tratta di un vero ringiovanimento, nel senso che ad un organismo già invecchiato, si da un nuovo impulso giovanile, che però è del tutto transitorio, sicchè l'organismo, in seguito, invecchia bruscamente e rapidamente. I tessuti, in cui l'invecchiamento ha prodotto delle alterazioni non più modificabili, non possono ritornare giovani, se anche per un certo tempo l'organismo ha avuto un impulso giovanile.

Più razionali sebbene meno brillanti si presentano invece i sistemi che hanno per oggetto di impedire che le alterazioni senili si producano. Esse, considerando essenzialmente i colloidi dell'organismo, sono caratterizzate dall'agglutinazione e dall'indurimento delle particelle colloidali, quindi da un processo irreversibile, che però può essere ritardato.

Secondo le ricerche di A. L. Cijevsky e di L. Vassiliev, esiste nell'organismo vivente una funzione in stato di azione permanente finora non rivelata, che al pari degli scambi gassosi, salini, idrici, albuminosi, ecc. ha una parte delle più importanti nell'attività vitale dell'organismo. Ad essa, è stato dato il nome di *elettroscambio*. Esiste, pertanto, un'azione reciproca, continua fra le cariche elettriche dei colloidi del sangue e quelle di tutti i tessuti (cellule) dell'organismo bagnati dal sangue stesso. Il sangue, assorbe, dal suo canto, con l'aria gli joni aerei (elettroscambio polmonare) trasporta (mediante i corpuscoli che tiene in sospensione) le cariche elettriche e le restituisce ai tessuti ed agli organi, al suo passaggio (elettroscambio tissulare). Ne risulta così una modificazione delle proprietà elettriche delle cellule e dei tessuti, con un aumento di permeabilità della cellula alle sostanze ed ai gas necessari alla sua nutrizione.

Man mano che le cariche elettriche raggiungono il sangue e si depositano sulle particelle colloidali, si ha un'azione reciproca fra di esse e le cariche elettriche delle membrane cellulari, con consecutive modificazioni del potenziale elettrocinetico della membrana cellulare; ne segue un nuovo aggruppamento delle cariche elettriche nell'interno della cellula ed una ricostruzione del suo sistema colloidale.

Risulta che i tessuti embrionali posseggono il massimo di carica, la quale diminuisce con l'avanzare della vita per raggiungere il minimo nell'età senile. La morte dei tessuti è caratterizzata da una ugualizzazione o da una neutralizzazione del potenziale elettrico dei colloidi delle cellule tissulari.

Per impedire tale invecchiamento, Cijevsky e A. Voynard (*Journal des praticiens*, 23 giugno 1934) fanno fare inspirazioni sistematiche di aria jonizzata negativamente. Tale aerojonizzazione artificiale induce notevoli modificazioni nel sangue. Gli aerojoni di segno negativo aumentano la carica naturale dei globuli rossi e quella dei colloidi del plasma sanguigno, come pure le radiazioni mitogenetiche del sangue (quelli di segno positivo hanno azione opposta). L'inspirazione di aerojoni di segno negativo sposta il punto isoelettrico dei colloidi cellulari dal lato acido, per cui si ha innalzamento della carica negativa dei tessuti.

Analoghe modificazioni subiscono le altre funzioni dell'organismo. Si ha aumento dello scambio gassoso e del metabolismo basale. Più ancora che i sistemi cardio-vascolare e polmonare, quello nervoso ne risente l'azione con un innalzamento dell'eccitabilità e così pure si ha aumento dell'attività psichica.

Gli AA. non danno ulteriori particolari sul metodo, del quale avrebbero potuto osservare buoni effetti sperimentalmente in molti animali in cui hanno rilevato, oltre al ritardo nell'invecchiamento, una maggiore resistenza verso le malattie.

Ricordiamo che, da noi, G. Protti sostiene che la vecchiaia è il risultato di uno squilibrio fotoelettrico ed ottiene il ringiovanimento mediante il cosidetto emoinnesto intramuscolare.

*fil.*

# CENNI BIBLIOGRAFICI

Dott. Manuel Corachan. *Cirugia Gastrica.* Tomo primero. Salvat, editores, Barcellona, 1934, pagg. 775.

Questo magnifico volume del valoroso chirurgo dell'Hosp. De Santa Cruz y San Pablo e libero docente nella Facoltà di Barcellona, è la più completa esposizione della patologia e clinica chirurgica dello stomaco che sia apparsa recentemente.

L'embriologia, l'anatomia. la fisiologia, sono esposte chiaramente e nei punti essenziali, tenendo conto delle ultime ricerche ed idee specie per quel che riguarda la muscolatura, la mucosa, la sierosa, le secrezioni, l'irrorazione sanguigna, l'innervazione.

L'esame del malato è esposto in modo completo sia dal punto di vista clinico, che nell'esplorazione funzionale. L'esame del succo gastrico è assai particolareggiato col pasto e coll'istamina, e ne sono assai lieto, vista la scarsa importanza che oggi alcuni danno a questo esame, mentre la mia esperienza porta a considerarlo come di grande valore.

È trattata anche la cromoscopia gastrica, la gastrografia, per lo studio della motilità, la gastrotonometria e l'esplorazione coll'elettrogastrografia.

Un capitolo speciale è dedicato alla gastroscopia, con numerose e belle figure che illustrano l'importanza di questo metodo di esame sinora troppo poco usato, e un altro all'esame radiologico dello stomaco che è esposto in modo completo, anche colla pneumogastrografia e collo studio delle pieghe mucose, anche qui con figure numerose e veramente dimostrative.

La maggior parte del volume è dedicato allo studio dell'ulcera gastrica, che data la grande esperienza dell'A. e del suo Maestro Rybas y Rybas, è esposto in modo completo e con idee basate su larga esperienza personale. Anche questo capitolo è illustrato da numerose figure di pezzi operatori personali alcuni colorati e assai dimostrativi.

Un altro capitolo è dedicato alla gastrite cronica.

Una parte notevole della trattazione riguarda i tumori dello stomaco, specialmente il cancro, ma anche vi sono brevi capitoli speciali sul sarcoma, sui tumori benigni, sulla tubercolosi, linfogranulomatosi, sifilide e actinomicosi gastrica.

Parla poi delle indicazioni chirurgiche nella gastroptosi, nelle crisi dolorose tabetiche, nella stenosi pilorica ipertrofica e nello spasmo pilorico, nel volvolo dello stomaco e nelle ernie diaframmatiche: e infine brevemente tratta di affezioni più rare, come traumi, corpi estranei, lesioni da caustici, diverticoli, fistole cutanee, invaginazioni, malformazioni.

Nel secondo volume saranno esposti gli altri capitoli, specialmente le indicazioni operatorie, l'anestesia e la tecnica.

Attendiamo che l'opera sia completa, ma già da questo primo volume il giudizio è così favorevole, da consigliare la lettura dell'opera a tutti i chirurghi anche esperti, che si occupano di chirurgia gastrica.

R. Alessandri.

G. Pieri. *Contributi clinici alla chirurgia del sistema nervoso vegetativo.* Vol. I. Belluno, Istituto Veneto di Arti Grafiche, 1934. 1-266. L. 30.

L'A. ha raccolto in volume e opportunamente coordinato e completato tutto un gruppo di osservazioni cliniche, operatorie, anatomiche, già in gran parte pubblicate su periodici italiani e stranieri, relative a problemi di chirurgia del sistema nervoso vegetativo, da lui compiute in questi ultimi anni. Si tratta di opera che va molto al di là di una semplice raccolta casistica o di contributi isolati o di considerazioni che possono venire volta a volta suggerite da rilievi clinici od operatori. Attraverso lo studio di argomenti l'uno dall'altro anche molto diversi, analizzati spesso con criterî eminentemente originali, sempre con una assoluta obbiettività, sempre confortati da osservazioni personali a volte totalmente nuove, appare chiaramente l'organicità e la personalità dell'opera del Pieri. La quale, come abbiamo detto, non si limita ad arida segnalazione di casi o di contributi operatori, ma ogni argomento trattato, vi è ampiamente studiato, analizzato, specie dal punto di vista fisiopatologico, sicchè oltre al grande interesse clinico che ogni problema suscita, possiamo vedere nel volume del Pieri un importantissimo contributo sperimentale alla conoscenza della fisiopatologia del sistema nervoso vegetativo: contributo veramente tra i più utili e tra i più precisi, perchè in realtà molte sue osservazioni, per la completezza dei dati clinici, e l'esattezza dei rilievi anatomici, altro non vengono a rappresentare che veri e proprî esperimenti di patologia umana, e perciò i più vicini al vero.

L'indole del lavoro non si presta ad una analisi bibliografica caso per caso; ogni capitolo è un problema a sè dove il lettore può trovare la sua visione sintetica, le sue luci, le sue ombre; ma i singoli capitoli lasciano tra di loro anche cogliere quei legami che dànno all'opera un significato tutto proprio e un valore unitario veramente elevato.

Chini.

« Collana dell'Odontoiatria pratica ». Vol. I: *Roentgengrafia.* Vol. II: *Anestesia* (S. Palazzi). Vol. III: *Biologia, clinica e terapia della piorrea alveolare* (B. Gottlieb, B. Orban, trad. di S. Palazzi). Ed. U. Hoepli, Milano, 1934. Prezzo dei 3 volumi L. 140.

È merito del prof. Palazzi, direttore dell'Istituto Odontoiatrico dell'Università di Pavia, d'aver iniziato e di dirigere questa Collana. Essa ha intenti eminentemente pratici e comincia sotto buoni auspici.

Il primo dei tre volumi si occupa infatti di una delle branche dell'Odontoiatria che in questi ultimi anni ha preso più largo sviluppo e i cui risultati sono davvero cospicui. Dopo la descrizione accurata di apparecchi e installazioni roentgengrafiche applicate all'Odontoiatria sono esposte in modo dettagliato con figure e schemi dimostrativi, le diverse tecniche per la roentgengrafia endo-orale ed extra-orale, le varie possibilità di errori d'applicazione e d'interpretazione e il modo di evitarli.

È annesso un atlante roentgengrafico, ricco di materiale iconografico, tratto nella quasi totalità dalla casistica personale dell'A., utilissimo per lo specialista.

La seconda monografia tratta, per opera dello stesso Palazzi, dell'anestesia, con intenti pratici e nello stesso tempo con metodo rigorosamente scientifico. Nei capitoli sull'anestesia locale e da conduzione lo studio anatomo-topografico dell'innervazione sensitiva della zona buccale — premessa indispensabile alla trattazione tecnica — è esauriente, e l'esposizione, aiutata da schemi e figure oltremodo dimostrative, è particolarmente chiara. Sono studiati inoltre le varie specie di anestetici, lo strumentario, le varie tecniche per praticare i diversi tipi di anestesia, le complicazioni eventuali, le lesioni dei vasi, nervi e muscoli. Infine è aggiunto un capitoletto sull'anestesia con i gas, in cui è data dimostrazione dell'apparecchio per protossido d'azoto in uso nell'Istituto diretto dall'A.

Il terzo volume, dovuto a due illustri esponenti della Scuola viennese, si riferisce ad uno degli argomenti più dibattuti nel campo dell'Odontoiatria, quello della piorrea alveolare, ed espone appunto in questo campo le idee e i metodi della Scuola di Vienna, che in parte notevole si differenziano da quelli della Scuola tedesca, che finora hanno tenuto il campo fra noi. Gli AA. non seguono la classificazione delle « paradentosi », che tanto larga risonanza ha avuto ed ha tuttora in questo campo; propongono una loro classificazione, che nell'ambito del concetto complessivo di « piorrea alveolare » distingue varî gruppi, che si diversificano eziologicamente e clinicamente l'uno dall'altro. Dopo un'ampia trattazione della biologia dell'apparato fissatore del dente e dell'eruzione dentale accelerata, singoli capitoli si occupano della infiammazione gengivale e della piorrea da incuria, della piorrea paradentale, dell'atrofia diffusa dell'osso alveolare, dell'occlusione traumatica. Infine in due lunghi capitoli sono esposti dettagliatamente interventi pratici sul paziente, che dalle numerose figure annesse ricevono chiara dimostrazione. Anche la parte introduttiva biologica è ricca di accurate riproduzioni di materiale istologico, che contribuiscono non poco ad aumentare i pregi del libro.

P. M. T.

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## R. Accademia Medica di Roma.

Seduta orinaria del 21 luglio 1934.

Presiede il prof. G. VERNONI, consigliere.

### La Leishmaniosi dei cani di Roma.

Dott. F. MARCHESI, F. CRAINZ e R. SCAPATICCI. — Gli OO., in seguito al rinvenimento in Roma di alcuni casi di Leishmaniosi cutanea e viscerale di origine autoctona, hanno creduto opportuno iniziare una serie di ricerche su gli animali serbatoi di virus. Data l'importanza riconosciuta a questo riguardo al cane, e dato che in questo animale come nell'uomo ha influenza il fattore stagionale, gli OO. riferiscono loro indagini compiute su 380 cani, esaminati nel periodo invernale e primaverile. Hanno riscontrato l'infezione solamente in 4, e tutti 4 nella stagione primaverile. In base a tale risultato si conferma ancora una volta come per l'infezione canina abbia influenza, anche a Roma, il fattore stagionale. Con il proseguimento delle ricerche nella stagione estiva ed autunnale gli OO. si ripromettono di dare una statistica completa della Leishmaniosi canina nella nostra città.

Il prof. VERNONI fa rilevare l'importanza delle ricerche comunicate dai dottori Marchesi, Crainz e Scapaticci, aggiungendo interessanti considerazioni nei riguardi della Leishmaniosi in Roma.

### Due casi di Leishmaniosi viscerale autoctona in Roma.

Dott. A. COLARIZI. — L'O. presenta 2 casi di Leishmaniosi infantile i cui dati anamnestici permettono di ritenere con certezza che l'infezione sia stata contratta in Roma. L'O. richiama l'attenzione sull'importanza clinica ed epidemiologica dei due casi, e si intrattiene su argomenti di terapia e di epidemiologia.

### Prime ricerche sul potere infeftante del succo splenico in periodo di latenza malarica.

Prof. R. GOSIO. — Il succo splenico, estratto per puntura in periodo interepidemico malarico, e particolarmente in fase preepidemica, ha presentato potere infettante in 3 casi su 5 inoculati nonostante che il referto parassitario periferico e da splenopuntura, contemporaneamente studiato, fornisca risultato negativo.

Partecipano alla discussione il prof. ARCANGELI, il prof. VERNONI e il prof. FRUGONI.

### La resistenza leucocitaria nelle malattie acute dell'apparato respiratorio del bambino.

Prof. V. SERRA e S. COLBI. — Gli OO. hanno studiato la R. L. su 50 bambini affetti da malattie acute dell'apparato respiratorio. Hanno trovato, che la R. L. diminuisce costantemente durante il corso della malattia, per tornare normale uno o due giorni dopo la crisi; ma, se alla crisi segue una nuova localizzazione o una complicanza, la R. L. si mantiene alta, ad indicare che « il regime di malattia » persiste ancora; in queste condizioni la R. L. viene ad assumere un'importanza prognostica.

Partecipa alla discusione il prof. GIUDICEANDREA.

**Sulla natura delle sostanze cutireattive dei pollini.**

Dott. P. MOLINARI-TOSATTI. — Ultrafiltrati secondo Bechold di estratti acquosi di pollini hanno dimostrato assenza di capacità cutireattiva; frazioni eteree ed alcool-solubili di pollini del pari hanno dimostrato o nessuna o scarsa capacità cutireattiva, mentre il polline residuo, dopo l'estrazione, ha mostrato di conservare la sua capacità reattiva, accentuata dopo estrazione con etere, più o meno diminuita dopo estrazione con alcool. In base a questi dati, indiretti, e ad altri, risultati dalla ricca letteratura sull'argomento e a indagini esperite in passato nella Clinica del prof. Frugoni, viene espressa l'opinione che il principio attivo dei pollini possa essere indissociabilmente legato a una sostanza proteica.

*Il Segretario*: G. AMANTEA.

## Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 6 luglio 1934-XII.

Presidente: Prof. V. TIRELLI.

**Ricerche sull'influenza esercitata dall'ormone della corteccia surrenale sul metabolismo dei carboidrati.**

Dottori BATTISTINI, CIONINI, HERLITZKA. — Gli OO. riferiscono di aver studiato con ormoni di varia provenienza, in individui normali, la curva della glicemia capillare e venosa e della lattiacidemia venosa dopo iniezione di ormone corticale eseguita nelle vene e nei muscoli, sia a digiuno che dopo prova di carico con glucosio.

Dopo le iniezioni praticate a digiuno, i risultati rilevati a carico delle curve glicemiche, non sono stati univoci, ma per lo più è risultata una diminuzione della glicemia venosa ed aumento di quella capillare; nelle prove di carico è stata abituale una minore elevazione della glicemia capillare e venosa dopo iniezione di ormone corticale. In tutte le prove praticate l'ormone ha dimostrato una netta azione sull'acido lattico, che è sempre diminuito in modo assoluto o relativo, per cui è evidente l'azione esercitata da dosi anche piccole di ormone corticale sul metabolismo dei carboidrati di soggetti normali; ma dai dati ottenuti riesce difficile giungere ad una sintesi conclusiva sul meccanismo di azione dell'ormone corticale. È probabile che le discordanze rilevate a carico delle curve glicemiche siano espressione della complessità dell'azione svolta dall'ormone sul metabolismo dei carboidrati (glicogenopoiesi muscolare, glicolisi). La diminuzione dell'acido lattico è probabilmente espressione di un'aumentata sintesi glicogenica e di una accelerata e più completa scissione glicolitica.

**Azione dei sali di potassio (acetato di potassio) in alcune aritmie.**

Dott. PALUMBO. — Le dosi del sale variavano da 6-12 gr. e venivano diluite in 25-50 cc. di acqua e tale soluzione in molti casi fu somministrata in una sola volta, in altri a dosi refratte. L'O. riferisce di aver trattato 27 individui con aritmie successivi a vizi organici di cuore e precisamente con aritmie extra sistoliche ventricolari (bigeminismo e trigeminismo extra sistolico) e un caso di polimorfismo extrasistolico e di aritmie da fibrillazione auricolare.

L'azione del potassio si rilevò positiva nei casi in cui il ritmo ectopico dipendeva dal ventricolo e difatti rispose quasi costantemente in 14 casi; non ebbe alcuna influenza nei 10 casi appartenenti ad alterazioni del ritmo auricolare.

**Linfomonocitosi adenopatica infettiva o rubeola?**

Dottori PENATI, MOLFESE. — Gli OO., premesse le analogie cliniche, ematologiche ed epidemiologiche che corrono tra la linfomonocitosi adenopatica infettiva e la rubeola, riportano il caso negativo della cosidetta « agglutinazione eterofila » o reazione di Paul e Bunnel, in tre casi diagnosticati di rubeola e facenti parte di una numerosa serie di osservazioni presentanti analogie più o meno evidenti con i quadri lella linfomonocitosi infettiva. Gli OO., rilevato il valore che in base alle conoscenze attuali è da attribuire alla reazione di Paul e Bunnel, accennano all'importanza sopratutto dottrinale che ad essa può spettare, quando è sufficientemente documentata, nella precisa identificazione e delimitazione della linfomonocitosi infettiva.

**Ricerche spettrofotometriche sulle porfirine. (Contributo allo studio dei metodi della loro determinazione quantitativa).**

Dott. E. VIGLIANI. — L'O. riferisce di aver studiato con il fotomometro di König-Martens, il comportamento ottico delle soluzioni cloridriche di copro- e protoporfirina confermando la legge di Lambert; inoltre ha constatato che le soluzioni alquanto concentrate sono poco stabili, mentre si possono ritenere stabili a una concentrazione inferiore a 1 mmgr. % e per la durata di un mese.

Avendo con lo spettrofotometro constatato che gli estratti cloridrici della coproporfirina orinaria, anche se purificati col metodo di Fischer contengono ancora notevoli quantità di sostanze estranee colorate, e che sono causa di errori grossolani nei dosaggi colorimetrici, l'O. ha elaborato un metodo di dosaggio spettrofotometrico delle porfirine orinarie, che basandosi sui principi della spettrofotometria differenziale elimina la componente di colore dovuta alle sostanze estranee, e con questo metodo l'errore non supera mai il 10 %.

Ricerche comparative col metodo spettrofotometrico e col metodo fluorometrico, hanno dimostrato che quest'ultimo è di grande precisione e che non è influenzato dalla presenza nelle soluzioni di sostanze coloranti estranee.

VILLATA.

## Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 6 luglio 1934.

Presidente: prof. A. PENSA.

**Contributo allo studio delle bronchiectasie acquisite.**

E. VIDARI. — L'O., dopo aver preso in esame le varie cause poste in campo a spiegare l'origine delle bronchiectasie, ed averne distinti diversi tipi ad etiologia propria, fa rilevare come debbano essere tenute separate le bronchiettasie primitive originantisi per lesioni croniche del bronco; fa il rilievo statistico del materiale d'autopsia dell'Istituto d'Anatomia Patologica di Pavia; esaminati 10

casi, pone in evidenza le gravi alterazioni dell'apparato muscolare ed elastico, lo stato d'infiammazione cronica e di edema, concludendo che ove manchi l'azione del tono muscolare e la tensione delle fibre elastiche, il bronco si lasci facilmente distendere.

**Ricerche sperimentali comparative sulla efficacia degli idro e lipovaccini.**

C. DOLCINI. — L'O., nell'intento di portare un contributo sperimentale alla questione dell'efficacia comparativa degli idro e lipovaccini antitifici col dare all'esperimento sugli animali una forma che si avvicinasse, per quanto è possibile, alle condizioni che si verificano nell'uomo, ha ricercato nel coniglio il potere vaccinante dell'idro e lipovaccino mediante vaccinazione rispettivamente per via endovenosa e sottocutanea, servendosi come mezzo per mettere in evidenza la eventuale comparsa di uno stato di immunità o di premunizione, della forma di infezione per via endovenosa con dosi piccole di germi virulenti di recente studiata da Bianchi.

Non avendo ottenuto risultati decisivi coll'infezione tifica, trasportò l'esperienza in un altro campo e scelse l'infezione da Bact. Monocytogenes, che è propria del coniglio e può essere riprodotta sperimentalmente nel coniglio con decorso regolare ed esito costantemente letale.

Con questo germe preparò un idro e lipovaccino e ripetè le prove con le stesse norme seguite coi vaccini tifici.

Sia col vaccino acquoso che con quello oleoso ottenne uno stato di immunità di notevole grado, così che conclude che nei limiti dell'esperienza la qualità del menstruo nel quale è sospeso il materiale batterico non ha rilevabile influenza sul risultato della vaccinazione.

**Sul metodo Roentgenchimografico in cardiologia.**

G. A. TESTA. — L'O., rifacendo la storia del metodo dall'origine ai giorni nostri, passa in rassegna i vari apparecchi a fessura unica semplice di Gött e Rosenthal, o spezzata di Scherf e Zdanscky e i metodi a fessure multiple secondo Stumpf e secondo Cignolini.

Riassume i risultati, le acquisizioni e la importanza di ciascuno di essi soffermandosi in modo particolare sugli ultimi due dei quali, eseguendo esami comparativi, valuta la portata attuale e le possibilità di applicazione futura.

Conclude affermando che al metodo di Stumpf si può ricorrere per un esame d'assieme, mentre al metodo Cignolini, finemente analitico, ci si deve di necessità richiamare quando si voglia inquadrare nella fisiopatologia l'attività di un qualsiasi segmento cardiovascolare. considerato isolatamente o in correlazione funzionale con gli altri.

**Differente comportamento biologico della larva e dell'adulto del botriocefalo.**

M. RAVETTA. — L'O. studia parallelamente l'azione svolta nell'ospite dalla larva e dall'adulto del *Diphyllobothrium erinacei aeuropei*. Dimostra che mentre la forma adulta, come era già stato dimostrato da altri, provoca nel cane un'anemia grave, a volte mortale, la forma larvale nel riccio non determina modificazioni della crasi sanguigna nel sangue circolante nè alterazioni degli organi ematopoietici.

**Presenza di cellule enterocromaffini nelle vie biliari dell'uomo e di alcuni mammiferi.**

V. ERSPAMER. — L'O. ha riscontrato cellule enterocromaffini nella cistifellea del cane, del maiale e del bue. Nell'uomo le enterocromaffini si rinvengono sicuramente in determinate condizioni patologiche; reperto questo che può spiegare la presenza di carcinoidi nella cistifellea.

*Il Segretario*: INTROZZI.

## Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 14 luglio 1934.

Presidente: prof. F. A. FODERÀ.

**Contributo alla anatomia patologica dell'infezione brucellare nell'uomo.**

A. GIORDANO. — L'O. dopo aver descritto tre casi di infezione da *Brucella melitensis* pervenuti all'esame necroscopico compie uno studio istologico comparativo con le lesioni di recente messe in evidenza nella brucellosi da *Br. abortus* discutendo le cause della variabilità di reperti che caratterizza queste malattie e la posizione che esse devono assumere nella sistematica delle reticoloistiocitosi.

**La reazione di Aschheim-Zondek con il liquido cefalo-rachidiano delle gravide.**

Dott. G. ROSSELLI. — L'O. ha praticato la reazione di Aschheim-Zondek con il liquido cefalorachidiano di venti donne gravide.

Le reazioni sono state sempre negative, però in alcune delle topine usate è stata riscontrata ipertrofia dei corni uterini e dell'epitelio vaginale a tipo estrale, ed in tutte le coniglie ipertrofia dei corni uterini e dell'epitelio vaginale, e nelle ovaia un lieve acceleramento del processo di maturazione dei follicoli accompagnato a fatti degenerativi.

L'O. deduce che nel liquor delle donne gravide, o della maggior parte di esse, sono presenti piccole quantità di una sostanza attiva sui genitali femminili e che non può essere quindi se non qualcuno degli ormoni sessuali femminili.

(Il lavoro per extenso, corredato da una fotografia e da nove microfotografie, è in corso di stampa nella « Rivista Italiana di Ginecologia »).

**Comportamento dei calcoli umani biliari nella bile animale.**

Dott. S. GIBILISCO. — L'O. studia l'azione della bile dei cani, delle cavie, e dei conigli sui calcoli biliari umani. A tale uopo introduce nella cistifellea di questi animali calcoli biliari umani e pietre.

Sacrificati gli animali dopo un lasso di tempo variabile da uno a quattro mesi osserva:

1) che la bile dei cani ha un'azione dissolvente sui calcoli biliari umani, mentre nessuna azione spiega quella dei conigli e delle cavie;

2) che la presenza di sassolini nella cistifellea non costituisce centro di un calcolo come comunemente si crede per vari corpi impropri che possono trovarsi nella cistifellea.

Da questi risultati l'O. pensa che tale potere dissolvente della bile dei cani sui calcoli umani debba attribuirsi alla composizione chimica della bile dei cani diversa da quella umana e da quella delle altre bili animali.

**La cura coi lavaggi delle sinusiti mascellari e frontali acute e croniche.**

G. B. FORNARI. L'O. consente all'opinione ormai diffusa che, in caso di sinusite mascellare o frontale acuta o cronica, salvo casi speciali, vada tentata una cura con lavaggi diretti del seno prima di praticare un intervento più ampio. L'O. inoltre con dati ricavati da ricerche anatomiche praticate su 18 seni mascellari, è contrario al cateterismo ed ai diversi metodi di puntura del seno mascellare, mettendo in luce il valore pratico dei metodi di Citelli e di Cowper.

Per le sinusiti frontali preferisce agli altri metodi quello di Citelli.

Fa seguire la descrizione di 7 casi di sinusiti mascellari e frontali acute e croniche guariti, seguendo questi metodi di puntura, con i semplici lavaggi.

**Pneumotorace in gravidanza.**

A. LONGO. — L'O. riferisce su 4 tubercolotiche gravide in cui è stato possibile istituire il pneumotorace, confermando il principio dell'assoluta innocuità di tale metodo di cura. Raccomanda la tempestività del ricovero delle gravide e della istituzione del pneumotorace.

Prof. G. LINO. — *Un caso di morbo di Hirschsprung-Hya (operato e guarito).*

*Il Segretario*: prof. G. D. MACCO.

## Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 10 luglio 1934.

Presidente: prof. C. RIGHETTI.

**Sui disturbi visivi nelle fratture del cranio.**

Dott. F. LARICCHIA. — L'O. espone i principali concetti sulla patogenesi delle fratture del cranio e sui disturbi visivi che ne conseguono e infine su sette casi occorsi alla sua osservazione, di cui tre con lesioni del nervo ottico e quattro dei nervi estrinseci del globo oculare.

In tutti i casi è stato praticato l'esame radiografico che contrariamente a quanto vogliono molti autori, non sempre ha dato un reperto positivo. L'O. conclude quindi che pur dovendosi sistematicamente praticare la radiografia nei fratturati del cranio non bisogna escludere una frattura del cranio quando essa dia risultato negativo.

Discussione: TRAVAGLINI, POPPI.

**Paralisi oculari da rachianestesia.**

Dott. M. MECCA. — L'O. riporta due casi di paralisi del VI paio da rachianestesia e prende occasione dalle sue osservazioni per discutere il meccanismo patogenetico dell'affezione. Avendo messo in evidenza nei suoi casi stati preesistenti di ipertensione endocranica, si riporta alla teoria del Santonastaso, che già nel 1922 aveva richiamato l'attenzione su questo fatto che aggravato dal sovrapporsi della ipertensione provvisoria provocata dalla rachicentesi produce la lesione a carico dei muscoli oculari.

Discussione: RIGHETTI, SANTONASTASO.

**La tubercolosi del sacco erniario.**

Prof. C. TRINCHERA. — L'O. riferisce su 5 casi di tubercolosi sacculare occorsi alla sua osservazione, riferentisi ad infermi seguiti anche a distanza dall'intervento.

Sulla scorta dei fatti rilevati l'O. considera particolarmente la patogenesi di tale complicanza erniaria, che sarebbe nella totalità dei casi espressione di peritonite tubercolare, anche se questa sia clinicamente muta.

Si sofferma quindi sulla diagnosi, prognosi e terapia dell'affezione.

Discussione: RONZINI.

**Ricerche sui trapianti di midollo osseo.**

Dott. M. MAZZARELLI. — L'O. ha praticati innesti autoplastici di midollo osseo nel parenchima renale e nel sottocutaneo di conigli colorati vitalmente.

Nel rene ha notato formazioni di cartilagine e di osso per l'attività osteogenetica degli osteoblasti del midollo e per la differenziazione verso la serie ossea degli elementi del S. R. E. Nel sottocutaneo solo in un caso ha osservato delle travate di cartilagine dovute, probabilmente, a metaplasia del connettivo ambiente, provocata dal midollo innestato.

Ritiene che il diverso comportamento del midollo nei due tessuti dipende da condizioni favorevoli all'attecchimento del midollo esistenti nel rene e mancanti nel sottocutaneo.

Discussione: FRANCO, GUERRISI, RONZINI.

**La natura tubercolare dell'idrocele essenziale.**

Prof. M. RONZINI. — Le ricerche atte a stabilire la parte che la tbc. può avere nel determinismo dell'I. E. non sono nè poche nè recenti. Sono però contrastanti ed in massima negative.

Su 19 casi d'I. E. esaminati con la inoculazione in cavia in dosi massive, con le culture su terreno di Petragnani e con l'esame istologico della vaginale escissa ha ottenuto 3 positività tbc.

Di più, col liquido di 2 casi di idrocele sintomatico da tbc. epididimaria, ha ottenuto negatività in cavia e in vitro il che dimostra che la negatività di questi liquidi non assume un valore diagnostico assoluto.

Per quanto le ricerche siano ancora in caso di svolgimento, conclude da questi primi risultati che alcuni I. E. riconoscono una genesi sicuramente tbc. anche se di difficile dimostrazione biologica, e ad onta della completa aspecificità delle lesioni istologiche presentate dalla vaginale escissa.

Discussione: TRAVAGLINI, BOGLIOLO, SANTORSOLA.

**La tubercolosi quale fattore patogenetico della trocanterite.**

Dott. V. MASELLI. — L'O. illustra cinque casi di trocanterite tubercolare seguiti per lungo tempo. In tre soggetti fu praticata l'asportazione della porzione di osso lesa.

Dalle sue osservazioni cliniche ed istopatologiche l'O. conclude che l'esistenza di alterazioni trocanteritiche di natura tubercolare non sono del tutto rare. La rarità ammessa da molti AA. va ricercata probabilmente nel fatto che molti casi di osteite tbc. del grande trocantere vanno confuse con malattie apofisarie della crescenza di altra natura.

Discussione: FRANCO.

**Sulle perforazioni intestinali nelle infezioni tifose.**

Dott. A. GUERRISI. — L'O. riferisce sopra sei casi di perforazione intestinale da tifo, sottoposti a trattamento chirurgico dopo 48 ore e più dall'avvenuta perforazione.

Degli operati, 5 morirono; uno solo guarì. Di

questo si riporta la storia clinica, interessante dal punto di vista clinico e più ancora da quello terapeutico per l'insperata guarigione.

Discussione: RIGHETTI.

**Sulla struttura del canale inguinale.**

Dott. L. MARTINO. — Dalle indagini eseguite risulta che la parete posteriore del canale inguinale non è costituita dalla Fascia Trasversale, ma da una lamina fibrosa, più o meno sottile, dipendente dal muscolo trasverso che è appropriato chiamare lamina perimisio-aponeurotica del muscolo trasverso.

Discussione: CECCARELLI, BOGLIOLO, FRANCO, RONZINI. *Il Segretario*: Prof. M. RONZINI.

## Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 13 luglio 1934.

Presidente: prof. P. SISTO.

**Su due casi di affezione scleromalariforme.**

Prof. BERTEL. — L'O. descrive due casi di affezione delle ossa del cranio; dall'ampia discussione sulle varie osteodistrofie l'O. conclude trattarsi, in questi due casi (identici sia per insorgenza, che per decorso del morbo) di un'affezione rara, simile al m. di Paget e che egli attenendosi alla nuova nomenclatura del Kieböch chiama scleromalariforme.

Sulla comunicazione hanno preso la parola V. LEVI chiedendo qualche informazione sull'aspetto endorale della manifestazione del mascellare ed il prof. TEDESCHI per rilevare l'importanza che può avere l'indagine istologica eseguita mediante biopsia, sulla diagnosi delle affezioni. Risponde il prof. BERTEL.

**Di un caso di iperostosi rachitica.**

Prof. BERTEL. — L'O. dopo aver discusso i diversi aspetti radiologici del rachitismo illustra un caso capitato alla sua osservazione di iperostosi rachitica a carico della volta cranica, discutendone la diagnosi, i tumori e le lesioni infiammatorie.

Prof. BERTEL. — *Indagine clinica ed indagine radiologica.*

**L'influenza delle luci monocromatiche sul processo di guarigione delle ferite.**

Dott. U. FOGLIANI. — L'O. in esperimenti su cavie ha trovato che la parte più attiva dello spettro nel favorire il processo di guarigione di ferite, a decorso asettico, corrisponde alle bande esterne, cioè alla luce rossa e blu violetta; e per ordine decrescente, alla gialla, alla luce intiera filtrata, alla verde. L'O. ha usato nella misurazione delle ferite un metodo che definisce « fotoplanimetrico ».

Sulla comunicazione, prende per primo la parola il dott. V. LEVI che ricorda come già da tempo in terapia venissero usate delle luci colorate (ad es. nella scarlattina). Il dott. ROSSI poi domanda all'O. perchè la luce bianca deve avere minore azione cicatrizzante di certe luci monocromatiche. Successivamente il prof. BOLAFFIO fa rilevare quello che è di più interessante nella comunicazione dell'O., e cioè, che subito dopo la luce rossa sarebbe la violetta quella capace di rendere più attiva la cicatrizzazione di determinate ferite, il che è un po' in contrasto con quanto siamo abituati a considerare; avverte infine che negli esperimenti in parola convenga tener conto, oltre della qualità, anche della quantità dei raggi luminosi, perchè soltanto considerando che i raggi violetti sono in minor proporzione nello spettro, ci si può render ragione di una loro azione favorevole, in quanto verrebbero così allontanati tutti quei raggi della parte intermedia dannosi più che utili nella riparazione delle ferite. Infine il prof. TEDESCHI chiede qualche spiegazione sulla composizione degli schermi liquidi colorati usati nella esperienza. Risponde a tutti il dott. FOGLIANI.

**Contributo alla conoscenza delle colecistiti filtranti.**

Dott. U. FOGLIANI. — Iniettando succo pancreatico attivo o mediante un dispositivo a tubo, facendo risalire, a getto continuo, succo pancreatico, nella cistifellea, l'O. ha ottenuto nell'animale, la riproduzione del quadro anatomo-patologico della cosidetta colecistite filtrante, e, in numerosi esemplari, alterazioni del tipo infiammatorio e necrotico della parete.

Dott. U. FOGLIANI. — *Sulle alterazioni anatomiche dei principali parenchimi nella colemia sperimentale.*

**Voluminoso corpo estraneo nella cavità orbitaria senza conseguenze.**

Prof. C. FONTANA. — L'O. comunica di aver estratto dalle porzioni infero-interne della cavità orbitaria un corpo estraneo cilindrico, lungo 5 cm. e del diametro di 1 cm. circa, il quale non ha determinata alcuna lesione anatomica e quindi funzionale del globo oculare ma ha solo sfaldato la lamina papiracea dell'etmoide. È residuato lieve ectropion della palpebra inferiore.

**Su di un caso di meningocele.**

Dott. A. BIZZARRI. — Per l'O. che è assente, il dott. FOGLIANI riferisce su di un caso di meningocele in soggetto adulto (24 anni), operato con esito immediato e a distanza, favorevole, mediante la semplice resezione dell'intumescenza e affondamento del peduncolo con gli elementi muscolo-aponeurotici della doccia.

**Coagulo a palla libero in focolaio gangrenoso del polmone.**

Prof. TEDESCHI. — L'O. riferisce di un caso di broncopolmonite con focolai di gangrena, nel quale fu trovato un coagulo sanguigno libero di forma sferica. Del singolare reperto discute la genesi.

Sulla comunicazione prende la parola il prof. Bolaffio per rilevare di alcuni particolari aspetti che possono assumere certi stravasi sanguigni endoperitoneali, pur non riuscendo a captarne il determinismo.

**Su di un caso di « Eczema vaccinato ».**

Dott. A. CAVAZZUTI. — L'O. riferisce di un caso di « eczema vaccinato » facendone rilevare la gravità per la lunga durata del processo febbrile e per la grave complicazione a carico dell'occhio destro, con perdita del visus per opacamento totale della cornea, e mette in guardia non solo di evitare di vaccinare i bambini affetti da eczema, ma anche di impedire che questi infermi vengano a contatto con vaccinati, essendo questa condizione sufficiente per fare insorgere un « eczema vaccinato » che può essere letale o, come nel nostro, può lasciare una stimmata dolorosa per tutta la vita.

*Il Segretario.*

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### L'enigma dell'emicrania.

La molteplicità dei rimedi per un dato stato morboso indica la miseria piuttosto che l'abbondanza della terapia; così è per l'emicrania, per la quale il centinaio e più di rimedî proposti lascia la malattia incurabile e non fa che dare l'imbarazzo della scelta.

Th. C. Hunt ha ripreso l'argomento dell'emicrania biliosa (rif. in *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 30 giugno 1934) studiando la questione mediante i nuovi mezzi d'investigazione del drenaggio biliare e della colecistografia. L'idea dei rapporti fra emicrania e disturbi biliari è antica, ma le ricerche di Hunt dimostrano che le malattie od i disturbi locali della cistifellea *non* sono la causa dell'emicrania, ma possono esserne piuttosto gli effetti. Ciò non esclude che si possano avere vantaggi con la somministrazione dei sali biliari; in 19 su 22 pazienti, con l'uso del glicocolato di sodio o di preparati analoghi, egli ebbe dei miglioramenti, purchè l'uso ne fosse continuato e la dose raddoppiata quando si prevedeva l'inizio dell'accesso.

Il criterio *a juvantibus* potrebbe in certo qual modo indicare che in qualche caso, la disfunzione biliare può essere alla base dell'emicrania; ma troppe volte l'emicrania viene invece migliorata da altri trattamenti, come l'evitare certi cibi, l'uso del peptone, della canape indiana, della trinitroglicerina.

La molteplicità di queste terapie indica che forse un fattore è comune a tutte, quello psichico e che anche l'efficacia dei sali biliari può aversi soltanto se il medico ed il paziente vi hanno fede. Allo stesso modo, l'efficacia che si ha talvolta con l'iniezione di epinefrina (cmc. 0,6-1,3) non dimostra affatto che l'emicrania sia di origine allergica. Questo rimedio, piuttosto, potrebbe essere utile per altre ragioni. È noto che l'emicrania passa per due stadî, quello di vasocostrizione e quello di vasodilatazione; un rimedio vasodilatatore, come la trinitroglicerina, utile in uno stadio, sarebbe invece dannoso nell'altro. Così è per l'epinefrina, per la quale lo stesso Hunt trova che è più attiva quanto più presto è somministrata (effetto di vasodilatazione nel periodo di vasocostrizione). Ad ogni modo, essa può essere un rimedio di reale valore, in quanto che modifica l'anormale distribuzione del sangue. *fil.*

### La cura dell'epilessia.

Il trattamento dell'epilessia si è trasformato negli ultimi venti anni in modo radicale. In presenza di un caso di epilessia il medico deve anzitutto procedere all'interrogatorio del malato e dei suoi familiari, per conoscere in quali condizioni sopraggiungono le crisi, in quali circostanze è venuta la prima, l'ordine degli accidenti presentati, il regime, le abitudini alimentari, del riposo, ecc. Così pure l'esame obiettivo sarà il più minuzioso possibile, e comprenderà tutti gli organi, comprenderà la ricerca di parassiti, le sierodiagnosi, la ricerca degli eosinofili, l'esame radiografico, ecc. Ed allora questa inchiesta o avrà dato qualche elemento, e potremo pensare alla possibilità o alla probabilità di un tumore, di una sifilide, o a parassiti intestinali, o ad intolleranze verso particolari alimenti, ciascuna delle quali cose richiede il suo trattamento speciale. Ovvero l'inchiesta è stata infruttuosa: è allora la epilessia criptogenetica in cui bisogna istituire la cura delle crisi e dei suoi equivalenti.

Pagniez (*La Presse médicale*, n. 53, 1934) consiglia anzitutto di regolare l'alimentazione: evitare ogni eccesso, dare un congruo tempo al riposo, mangiare ad ora fissa, evitare alcoolici, far uso moderato di caffè e tabacco, sorvegliare l'andamento dell'intestino. I famigliari saranno messi al corrente dei pericolî degli equivalenti, in particolare i consigli saranno volti pel bagno, per l'automobile, ecc. Il regime igienico e dietetico deve essere completato dalla cura medicamentosa, del tutto trasformata in questi ultimi anni, specialmente per l'introduzione dei barbiturici.

Di questi barbiturici sono da adottare: il gardenal. Questo esercita una rimarchevole azione sui parossismi epilettici, a condizione che sia adoperato in dosi sufficienti e regolari. La dose per adulto, in media, è di 20 ctgr., in due compresse, la mattina e il mezzogiorno. Questi 20 ctgr. possono essere troppi o pochi: bisogna procedere per tentativi. L'importante è che il gardenal deve essere preso ogni giorno, senza interruzione. Possono far eccezione alcune donne che hanno le loro crisi solo nel periodo delle regole, al quale periodo può essere limitata la somministrazione. Il gardenal è in genere ben sopportato; in taluni casi per altro fu visto uno stadio iniziale di eccitazione, qualche volta fu visto comparire un esantema scarlattiniforme o morbilliforme, eccezionalmente artralgie o mialgie. Tutti accidenti che scompaiono con la sospensione del medicamento e talora con la diminuzione delle dosi.

Il rutonal è un succedaneo prezioso del gardenal; si somministra a dosi più forti, ogni compressa è di 20 ctgr., ed esercita un'azione analoga se non superiore. Stesse regole di somministrazione che per il gardenal: spesso conviene associare i due medicinali, in dosi minori.

L'isonal o prominal, può rimpiazzare i due precedenti: si somministra nelle dosi di 0,40 ctgr. Ha il reale vantaggio di non dar luogo a sonnolenza. È medicamento di recente esperienza e le regole che ne determinano l'impiego sono meno precise.

In genere i risultati che si ottengono con i barbiturici sono abitualmente buoni, talora ottimi, raramente cattivi. Si ottiene il distanziamento delle crisi, la diminuzione della loro violenza o la loro trasformazione in accidenti di piccolo male, spesso la loro scomparsa totale. Meno brillanti sono i risultati sugli accidenti di piccolo male, specie sulle assenze. La cura anche nei casi ottimi, deve essere prolungata all'infinito: dopo anni, progressivamente, per ctgr. e di settimana in settimana, si abbasseranno le dosi fino ai 5 ctgr.

I bromuri possono rimpiazzare i barbiturici. Si ricorrerà di preferenza al bromuro di sodio o di potassio. Viene anche utilizzato il bromuro di ammonio e di stronzio. È utile usare una soluzione polibromica. La quantità da somministrare giornalmente è di 2-4 grammi al principio dei pasti, sotto forma di sciroppo: qualche volta dobbiamo raggiungere i 6-8 gr. È utile, al contrario dei barbiturici, somministrare dosi ineguali, per es. per una settimana 4 gr. al giorno poi sospensione per breve tempo prima di riprendere. Talora è utile ricorrere al metodo combinato della bromurazione e della declorurazione, che permette di somministrare quantità minori di bromuri e di poter senza danno continuare la somministrazione per lungo tempo. Il grave inconveniente dei bromuri è che essi deprimono fisicamente e psichicamente i malati, suscitano disturbi digestivi, e cutanei.

La cura con il tartrato borico potassico si fa con le stesse dosi dei bromuri: si possono senza inconvenienti raggiungere anche dosi più elevate. I fenomeni di intolleranza sono poco marcati. Lo stesso pel tartrato borosodico. Suscettibile di dare buoni risultati, il tartrato è un medicinale di supplenza utile.

In molti casi si otterranno buoni risultati associando i precedenti medicamenti e rinforzando la loro azione ad es., con la belladonna. La vecchia formula del Trousseau è buona: 1 ctgr. di estratto di belladonna, 1 ctgr. di polvere di belladonna per pillola. Prenderne 1-2-3 al giorno nello stesso tempo che si prende 10-15 ctgr. di gardenal o corrispondente rutonal. Altra utile associazione è data dai tartrati e dai barbiturici, associazione che richiede dosi nettamente inferiori a quelle richieste per ciascun medicamento. Felice è l'unione di tartrato, gardenal, atropina.

Allorchè si ricorre ai barbiturici, di tanto in tanto una cura tiroidea è utile per correggere l'effetto depressore degli stessi.

Cure complementari sono: la cura col regime chetogeno. Tende ad ottenere la soppressione delle crisi creando nel malato uno stato d'acidosi con acetonuria, riducendo al minimo gli idrati di carbonio, aumentando enormemente i grassi, restando le proteine immutate. Fisiologicamente questo regime anormale è ben sopportato, praticamente è difficile farlo accettare dal malato. Risultati ottimi nel bambino e nello stato di piccolo male, mediocri nell'adulto.

Più difficile ancora è far accettare dal malato la cura con il regime **disidradato: riduzione** estrema dei liquidi ingeriti che non dovranno sorpassare i 400 cc. al giorno tutto compreso. Questo regime in apparenza antifisiologico è compatibile con un buon equilibrio organico. Nei casi fortunati si ha un arresto quasi completo delle crisi.

Dei trattamenti proteinici (proteine, tubercoline, veleni di serpenti, vaccini antirabici, ecc.), ricorderemo il metodo di Hustin e Bouché: prima iniezione sottocutanea di 10 cc. di siero di cavallo, e poi una iniezione settimanale di 1 cc. dello stesso siero.

Altre cure sono: la calci e la colesteroloterapia, la radioterapia del cranio a lunghi intervalli, i tentativi di cura con la simpatectomia periarteriosa, l'estirpazione del glomerulo intercarotideo.

Scoppiata la crisi: evitare ogni lesione della lingua, evitare l'asfissia. Tentare il nitrito d'amile, l'acetilcolina, l'adrenalina. Nello stato di male usare l'acetilcolina (0.10-0,20), il gardenal sodico (0,20 per iniezione), il somnifen (per via intravenosa). MONTELEONE.

**Convulsioni nell'infanzia.**

M. G. Peterman (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 26 maggio 1934) ha studiato 500 casi di convulsioni in bambini. Nel 33 % dei casi fu fatta diagnosi basale di epilessia, nel 22,8 % le convulsioni rappresentarono l'inizio di un'infezione acuta, nel 15,4 % dipendevano da lesione cerebrale da parto, nel 13,6 per cento si trattava di spasmofilia, nell'8,8 per cento cause varie e nel 6,4 % la causa rimase imprecisata.

Nessun caso l'A. trovò di trombosi dei seni cerebrali, di allergia, di ipoglicemia, di iperinsulinismo.

Nel 6,8 % dei casi non si potè stabilire l'età di inizio delle convulsioni, che fu nel primo mese di vita nell'6,06 %, nei secondi 5 mesi nel 13,6 %, fra 6 e 36 mesi nel 40,2 %, nel 26,4 % fra 3 e 10 anni, nel 6,4 % fra 10 e 15 anni. R. LUSENA.

**Danni dei preparati a base di amidopirina e barbiturati.**

F. W. Madison e Th. Squier (*Journ. amer. med. assoc.*, 10 marzo 1934) mettono in rapporto l'aumento dei casi di agranulocitosi con la diffusione dell'uso di preparati a base di amidopirina e barbiturati. In tutti i 14 casi di granulocitopenia da loro osservati, vi era stato un precedente largo uso di tali rimedi (allonal, neonal, amital, ecc.); la mortalità fu scarsa (25 %) in quelli in cui detti rimedi vennero sospesi, mentre morirono tutti quelli che li continuarono. Ai pazienti guariti, la somministrazione di minime quantità di tali medicamenti determinò rapidamente una diminuzione notevole dei granulociti, seguita da spontaneo ritorno al normale.

L'anello benzolico contenuto nell'amidopirina (quale si ha anche negli arsenobenzoli)

potrebbe essere in causa, i barbiturati potrebbero agire sinergicamente.

Le osservazioni di neutropenia consecutiva all'uso di amidopirina vanno accumulandosi; altri 2 casi son riportati da W. B. Rawls (*Am. journ. med. sciences*, giugno 1934).

Dato il largo uso di questi preparati e lo scarso numero di casi di granulocitopenia (che gli AA. portano ora ad oltre 500) si deve ammettere una particolare suscettibilità dei pazienti, in cui la somministrazione di rimedi a base di amidopirina determinerebbe una reazione anafilattoide; del resto, una leucopenia temporanea è stata dimostrata anche nello « shock » anafilattico. *fil.*

**La pituitrina nei dolori dell'herpes zoster.**

Sidlick, nel 1930, ha descritto una serie di 54 casi in cui il dolore angoscioso nell'herpes zoster è stato trattato efficacemente con le iniezioni di pituitrina. Successivamente, Niles ha riportato altri 16 casi di successo, richiamando l'attenzione sull'utilità di praticare l'iniezione al più presto, il che portava ad abbreviare il decorso della malattia di 2 giorni e ½.

F. H. Gillet (*The Lancet*, 11 agosto 1934) in 3 casi, non ha ottenuto successi molto brillanti ed ha anche dovuto ripetere l'iniezione. Questa sembra soprattutto attiva quando il dolore è acutissimo.

Si pratica generalmente l'iniezione di 1 cmc. In un caso il paziente, dopo l'iniezione, si sentì « strano » e debole.

Gli effetti sembrano, in complesso, incostanti. Ad ogni modo, può essere utile un tentativo. *fil.*

**Cura dell'astenia.**

K. Backmund (*Münch. Med. Woch.*, 13 luglio 1934) riferisce di avere ottenuto risultati soddisfacentissimi curando quello che ella chiama il « complesso ipotonico » (astenia, ipotensione, ipoglicemia, diminuzione del metabolismo basale) con applicazione dei raggi « limite » (Grenzstrahlen), cioè di raggi la cui mollezza li pone immediatamente al limite — sia fisico che biologico — dei raggi ultravioletti.

L'Autrice ritiene che queste applicazioni ristabiliscono l'equilibrio neurovegetativo che, nell'astenia, è turbato e deviato verso una prevalenza vagale.

I risultati, però, non sono in genere di una lunga durata. V. SERRA.

## IGIENE.

**Innocuità degli utensili da cucina in alluminio.**

Il dott. R. Intronti, del Laboratorio chimico della Sanità, ha raccolto (*Giorn. di Chimica industr. ed applicata*, aprile 1934) le nozioni attuali relative alle azioni che il crescente impiego di utensili da cucina in alluminio (recipienti, posate, ecc.) può avere sull'organismo. Risulta che quest'uso è del tutto innocuo. Con i cibi s'ingeriscono sempre quantità apprezzabili d'alluminio, valutate in 5-25 mg., e ciò indipendentemente dall'impiego di utensili in questo metallo, i quali sogliono cederne quantità inferiori e solo eccezionalmente fino a 30 mg.

Quest'uso non porta, dunque, un elemento nuovo, nè in quantità insuete. D'altra parte esperienze sugli animali e sull'uomo, con quantitativi di gran lunga più elevati (fino ad 1 g. di ossido d'alluminio al giorno), per lunghi periodi (fino ad un anno), non hanno dimostrato la menoma azione dannosa. Si aggiunga che in America si fa largo uso di pane, di dolci, ecc., lievitati artificialmente con polveri contenenti alluminio (fino a 400 mg. di alluminio ogni kg. di pane) e non si è ancora dimostrato alcun effetto dannoso.

Le pubblicazioni che tendono a provare i danni dell'alluminio sono inconsistenti.

Ciò si dica, ad es., di un articolo dovuto a A. L. Tchijevsky e T. S. Tchijevskaia (*Gaz. d. Hôp.*, 13 giugno 1934), ove si fanno affermazioni sulla presunta azione oncogena dell'alluminio, ma senza documentazioni nè protocolli sperimentali e clinici, tanto che M. Talenti, dell'Istituto d'Igiene di Roma (*Annali d'Igiene*, supplem. al N. 6, 1934), chiama questo lavoro « eminentemente antiscientifico ». A. P.

## POSTA DEGLI ABBONATI

All'abb. n. 9632:

*Nuovi orientamenti nella terapia medica epatica* (v. fasc. 32, p. 1264):

Nelle ricerche da me praticate sono stati adoperati preparati di ovaio totale di varie case farmaceutiche. A seconda degl'individui rispondono meglio alcuni che altri. In alcuni pazienti mi sono trovato più soddisfatto dei derivati del corpo luteo, solo eccezionalmente dei preparati follicolari. Per la tecnica, i dettagli sono riferiti nel lavoro originale di cui invio un estratto. P. A.

## VARIA

**Uno strano avviso di concorso.**

Nell'Unione Sud-Africana un municipio, Bulawayo, avendo bisogno di un ufficiale sanitario, ha pubblicato un avviso, in cui si chiede di fare delle offerte in merito ai compensi ed al tempo che si può destinare all'impiego (se questo può essere « a tutto tempo », cioè con esclusione di altre occupazioni, ovvero se ad orario ridotto). Il municipio si riserva di fare dei confronti tra le offerte e di prendere una decisione. Vengono così rovesciate le condizioni abituali dei concorsi, poichè sono i concorrenti a stabilire le condizioni, in base alle quali poi si effettuerà la scelta. La notizia è data nel « South Afr. Med. Journ. » (26 maggio 1934), che critica l'innovazione.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## MEDICINA SOCIALE

### La tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato la legge 26 aprile 1934 n. 653, riguardante la tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli. Ne riportiamo alcuni articoli:

Art. 1. — Il lavoro delle donne e dei fanciulli alla dipendenza di datori di lavoro è disciplinato dalle norme della presente legge.

Tali norme debbono essere osservate anche nei riguardi degli allievi e delle allieve dei laboratori-scuola eserciti con fine di speculazione.

Dette norme non si applicano nei riguardi:

*a*) delle donne e dei fanciulli addetti a lavori domestici inerenti al normale svolgimento della vita di famiglia;

*b*) della moglie, dei parenti e degli affini, non oltre il terzo grado, del datore di lavoro, quando siano con lui conviventi e a suo carico e salvi i casi previsti dagli articoli 6, 11 e 12;

*c*) delle donne e dei fanciulli lavoranti al proprio domicilio, salvo il disposto dell'articolo 5;

*d*) delle donne occupate negli uffici dello Stato, delle Provincie e dei Comuni;

*e*) delle donne e dei fanciulli occupati in aziende dello Stato, quando da disposizioni legislative o regolamentari sia prescritto un regime non inferiore a quello stabilito dalla presente legge;

*f*) delle donne e dei fanciulli addetti a lavori agricoli, salvo il disposto dell'art. 11;

*g*) dei fanciulli occupati a bordo delle navi;

*h*) del personale femminile religioso addetto agli Istituti pubblici di assistenza e di beneficenza.

Art. 5. — Salvo i casi di cui, a norma degli articoli 6 e 7, sia prescritto un diverso limite di età, è vietato adibire al lavoro i fanciulli minori degli anni 14.

Art. 6. — È vietato adibire:

*a*) i minori di anni 16 nei lavori sotterranei delle case, miniere e gallerie ove non esiste trazione meccanica, nonchè le donne di qualsiasi età nei lavori sotterranei delle cave, miniere e gallerie anche se esiste trazione meccanica;

*b*) i minori di anni 16 nel sollevamento di pesi e nel trasporto di pesi, su carriole o su carretti a braccia a due ruote, quando tali lavori si svolgono in condizioni di speciale disagio o pericolo; nei lavori di carico e scarico dei forni delle solfare di Sicilia;

*c*) le donne minorenni nei lavori di pulizia e di servizio dei motori e degli organi di trasmissione e delle macchine che sono in moto, nonchè nei lavori pericolosi, faticosi od insalubri che saranno determinati a norma dell'art. 10 della presente legge;

*d*) i minori degli anni 16, nelle sale cinematografiche, nella preparazione di spettacoli cinematografici od in rappresentazioni date in qualunque luogo pubblico od esposto al pubblico, esclusi teatri per rappresentazioni liriche o drammatiche aventi scopi educativi.

Art. 8. — I fanciulli e le donne minorenni non possono essere addetti al lavoro ove non risulti, in base a certificato medico, che sono sani e adatti al lavoro.

Qualora il sanitario ritenga che non siano fisicamente idonei a tutti o ad alcuni dei lavori di cui agli articoli 10 e 11 dovrà specificare nel certificato medico i lavori ai quali non possono essere addetti.

Non possono essere addetti al lavoro fanciulli e donne minorenni che non siano forniti di un libretto di lavoro, le cui norme saranno determinate dal Ministro per le Corporazioni con apposito decreto, e nel quale sarà inserita, fra gli altri elementi, la scheda sanitaria.

Art. 9. — Gli Ufficiali Sanitari sono tenuti ad eseguire le visite mediche ed a rilasciare gratuitamente i certificati previsti dal precedente articolo.

Possono essere autorizzati dal Ministro per le Corporazioni ad eseguire visite ed a rilasciare certificati, egualmente senza spesa, anche i medici dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia ed i medici di istituzioni assistenziali.

Art. 21. — Per le categorie di attività o di aziende che saranno determinate con decreto del Ministro per le Corporazioni, è fatto obbligo al datore di lavoro di sottoporre le donne minorenni ed i fanciulli a visite mediche periodiche per accertare che siano fisicamente atti a sostenere il lavoro nel quale sono occupati.

Per i lavori di cui all'art. 10 l'obbligo del datore di lavoro di fare eseguire delle visite può essere dal Ministro per le Corporazioni esteso anche ai minori degli anni 18 ed alle donne di qualsiasi età.

Le suddette visite sono eseguite da medici incaricati dal datore di lavoro.

Art. 22. — L'Ispettorato corporativo può prescrivere che la visita sia ripetuta, quando reputi che lo stato di salute della donna, del fanciullo o del minore degli anni 18 non permetta che continuino nel lavoro al quale sono addetti.

L'Ispettorato potrà anche fare eseguire direttamente la suddetta visita dai propri sanitari, ovvero dall'Ufficiale Sanitario, o da un medico da lui delegato, ovvero dai medici degli Enti assistenziali, a ciò autorizzati.

La visita medica è gratuita.

## Cronaca del movimento professionale.

### Un Decreto di revoca.

In data 18 agosto 1934-XII, il Prefetto della Provincia di Parma: veduto il proprio Decreto 14 giugno 1934-XII n. 4809 col quale si provvedeva a sciogliere la Società Italiana di Chirurgia della bocca e Ortopedia dento-facciale, con sede in questa città, in quanto perseguiva scopi che interferivano nel campo di attività delle associazioni sindacali giuridicamente riconosciute; veduti i ricorsi prodotti dalla predetta Società nei quali si afferma che essa persegue scopi puramente culturali; ritenuto che, senza entrare nel merito di tale affermazione, può comunque consentirsi la ulteriore esistenza della Società, con che essa limiti la propria attività al campo culturale e scientifico secondo gli scopi statutari, astenendosi dallo svolgere attività sindacale; decreta: È revocato il precedente decreto in data 14 giugno 1934-XII n. 4809 col quale si scioglieva la Società It. di Chirurgia della bocca e Ortopedia dento-facciale con sede in Parma. Il signor Questore di Parma è incaricato della esecuzione del presente Decreto.

## CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BUSTO GAROLFO (*Milano*). — Concorso, per titoli, al posto di medico condotto. Stipendio iniziale L. 9000, al lordo delle riduzioni e ritenute di legge. Indennità: L. 400 per la bicicletta; L. 1300 per l'incarico di ufficiale sanitario. Documenti di rito. Scadenza 31 ottobre 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi all'Ufficio di Segreteria del Comune.

CAMPO TRENS (*Bolzano*). — Scad. 30 sett.; L. 7500 e 5 quadrienni dec., L. 750 uff. san., alloggio, 15 % stipendio iniziale per gestione armadio farm.; tassa L. 50.

CASTELLUCCHIO (*Mantova*). — Scad. 30 sett.; per Sarginesco; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1800-3500 trasp., indenn. ambulatorio; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CATANZARO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 25 sett.; medico direttore della Colonia-Preventorio di Tropea; L. 7800 al lordo delle sole imposte, oltre L. 3000 serv. att.

FIRENZE. *Comune.* — Scad. 30 sett., ore 18; tre med. cond. supplenti; L. 8500 e 8 trienni di L. 710: indennità supplementare L. 1400, ecc. Tassa L. 50. Età limite 35 a. Chiedere annunzio.

FORMELLO (*Roma*). — Scad. 30 ott.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., L. 1380 ambulat.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

GALLARATE (*Varese*). *Ospedale Civico.* — Scad. 30 sett., ore 16; medici specialisti: oculista, otorinolaringoiatra e dermosifilopata; aiuto medico; assistente medico chirurgo; assistente medico. Rivolgersi all'Amministrazione.

LARCIANO (*Pistoia*). — Scad. 15 sett.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., L. 3500 cavalc.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 10 ag.

MASONE (*Genova*). — Scad. 15 sett.; rivolgersi Segret. com.

MEDE. — (Vedere PAVIA).

MEDESANO (*Parma*). — Scad. 30 sett.; per Varano Marchesi; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 4000 trasp.; età limite 25-40 a.; tassa L. 50.

MONTECERIGNONE (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 29 ott.; L. 9000 e 4 quadrienni ventesimo, c.-v. L. 600, trasp. L. 2000, uff. san. L. 400; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

ONIFERI (*Nuoro*). — Scad. 7 ott.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 uff. san., c.-v.; età limite 40 a.

PARMA. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 30 sett. Comprimario chirurgo; L. 4700 e compartecipaz.; 5 assistenti: L. 4500 e c.-v. Età limite 40 a. Titoli ed eventualm. esami. Rivolgersi Segreteria.

PAVIA. *R. Prefettura.* — Concorso per Ufficiale Sanitario pel Consorzio Mede, 15 Comuni, popolazione 31.234. Stipendio, soggetto doppia riduzione Legge, L. 12.000. Indennità di Ispezione L. 4000. Obbligo dell'automobile con indennità di altre L. 4000. Diritti sanitari a norma di legge. Età massima 45 salvo eccezioni di legge. Documenti di rito. Scadenza 15 ottobre. Per chiarimenti rivolgersi al Comune di Mede, oppure alla R. Prefettura di Pavia.

PETRIOLO (*Macerata*). — Scad. 20 ott.; L. 8000 e 3 quadrienni dec., L. 500-1000-2500 trasp., L. 700 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Scad. 60 giorni dal 17 agosto; primario chirurgo dell'Ospedale Principale di Bengasi; L. 19.000 oltre L. 5200 serv. att.; riduzioni di legge. Età limite 45 a. Domanda in carta da L. 5. Rivolgersi all'Ufficio Personale.

SAN POSSIDONIO (*Modena*). — Scad. 30 ott.; lire 8500 e 10 bienni ventes., indenn. c.-v., trasp., ambulat.

SUTRIO (*Udine*). — Scad. 30 ott.; con Cervivento; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att., L. 900 uff. san., L. 3000 automob. o cavallo, c.-v.; tassa L. 50,10.

TORINO. *R. Opera Pia-Sanatorio S. Luigi.* — A tutto 31 ott.; due medici assistenti; L. 10.000 lorde ridotte a L. 9400, oltre vitto e alloggio; titoli ed esami. Rivolgersi alla direzione dell'Opera (regione Tre Tetti).

TROPEA. — (Vedere CATANZARO).

VITERBO. *Ospedale Grande degli Infermi.* — Scad. 30 sett.; un aiuto chirurgo e due aiuti medico-chirurgi; titoli; stipendi L. 8500 e L. 7000; c.-v.; età limite 35 e 30 a.; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

*Concorso per pubblicazioni sulle piante medicinali.*

Il Ministero dell'Agricoltura e delle Foreste ha indetto un concorso con scadenza al 31 dicembre 1934-XIII fra i cittadini italiani che abbiano con i loro scritti contribuito a divulgare la conoscenza e l'applicazione della flora officinale spontanea e coltivata in Italia e nelle sue Colonie.

*Per le ricerche sull'encefalite.*

Presso l'Università di Berna è istituita una Fondazione avente lo scopo di premiare i lavori che abbiano portato un contributo essenziale alla diagnosi e alla terapia dell'encefalite letargica. I premi ammontano ad un minimo di 1000 franchi svizzeri (circa 4000 lire it.). Rivolgersi al Decano della Facoltà Medica. L'assegnazione sarà fatta alla fine di ogni anno.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Insediato dal R. Commissario dei Regi Istituti Fisioterapici Ospitalieri, dott. Alessandro Messea, ha assunto la direzione dell'Istituto Dermosifilopatico di S. Gallicano il prof. Pier Angelo Meineri che, a seguito di concorso, ha raccolto la nobilissima eredità del compianto prof. Pio Pediconi, già altamente benemerito di detto Ospedale.

Si è espletato il concorso a due posti di primario chirurgo all'Ospedale Maggiore di Bologna.
Sono riusciti in graduatoria i dottori: 1° Novi, 2° Carravetta, 3° Zaffagnini, 4° G. Cavina. Sono stati eletti ad occupare il posto i dottori Novi e Zaffagnini.

Sono abilitati alla libera docenza: Gilberto Manganotti, Enoch Perserico, in clinica dermosifilopatica; Giovanni De Nigris, Paolo Jedlowski, Andrea Mari, Domenico Sarno, in clinica delle malattie nervose e mentali; Salvatore Maniscalco, Angelo Migliavacca, Gaspare Ruggeri, in clinica ostetrica ginecologica; Fernando Borsarelli, Camillo Cisi, Eugenio Schwarz, in clinica pediatrica; Francesco Di Francesco, in ortopedia; Dino Agati, Virgilio Dall'Acqua, Fermo Mascherpa, Gastone Torelli, in radiologia medica; Saverio Aloisi Luzzi, Dante Bettini, Arturo Campani, Giulio Nannini, Renato Paolini, Giov. Battista Argentina, Pietro Zorzoli, in tisiologia; Emilio Falci e Mario Redaelli, in urologia.



## NOTIZIE DIVERSE.

**9° Congresso italiano di radiologia medica.**

Ricordiamo che è indetto a Perugia dal 20 al 22 settembre. Temi di relazione: prof. Marino Lapenna, « Affezioni e lesioni traumatiche della colonna vertebrale »; prof. Gian Giuseppe Palmieri, « Radioterapia dell'encefalo »; prof. Pietro Del Buono, « Radioterapia del sistema nervoso periferico »; prof. Carlo Guarini, « Radioterapia del simpatico »; proff. Enrico Benassi e Pietro Perona, « Mezzi moderni di indagine radiologica ». Avranno anche luogo numerose comunicazioni. Sono in programma una serata di gala, un ricevimento al Palazzo Comunale, un pranzo sociale, gite ad Assisi, a Chianciano e sul Lago Trasimeno. Al Congresso sarà unita una Mostra. Chiedere il programma; rivolgersi impersonalmente al: Congresso di Radiologia, Perugia.

**Contributo dell'Opera M. I. alla campagna antitubercolare.**

Nella sua vasta attività l'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia dà un valido contributo alla lotta contro la tubercolosi; contributo che si esplica in forma diretta ed indiretta.

Direttamente l'opera cura: l'assistenza domiciliare delle gestanti tubercolotiche; l'assistenza continuativa dei lattanti figli di tubercolotici, mentre i provvedimenti di prima assistenza sono presi per questi bambini dai Consorzi antitubercolari; la assistenza profilattica dei bambini sani coabitanti con tubercolotici; l'assistenza dei fanciulli affetti da forme tubercolari latenti, chiuse, localizzate e non contagiose in collaborazione finanziaria con i Consorzi.

Nei due ultimi anni sono stati curati dall'Opera, in istituti profilattici permanenti appositi, 6181 fanciulli affetti da forme di tubercolosi latente, chiusa, localizzata, e precisamente 2567 nel 1932 e 3614 nel 1933.

Per iniziativa dell'Opera, molti reparti speciali per gestanti tubercolotiche sono stati creati presso istituti di maternità in questi ultimi tempi. Mentre difatti nel 1932 non esistevano che 12 reparti di tal genere, nel giugno 1934 ne risultava conseguita l'istituzione di altri 37, con una disponibilità complessiva di letti tripla di quella del 1932, mentre altri 16 erano in via di essere istituiti. L'Opera contribuisce poi indirettamente alla campagna antitubercolare, assistendo, attraverso i Consultorii, gli Asili-nido, i Dispensari-latte ed i Refettorii infantili, i fanciulli dalla nascita fino al terzo anno di età.

Ecco la statistica dei fanciulli che nel 1933 hanno usufruito delle forme di assistenza dell'Opera Nazionale: visitati nei Consultorii pediatrici 243.104; ammessi ai Refettorii infantili 38.060; ammessi ai Dispensari-latte 23.205; ammessi agli Asili-nido 10.051.

Inoltre per i fanciulli dai tre ai sei anni l'Opera concede agli Asili infantili che funzionano secondo le buone norme igieniche e che sono attrezzati per la refezione giornaliera, una retta mensile per ogni bambino ivi ricoverato. In tal modo, oltre a garantire un sano pasto ai bambini, si viene a garantire anche il perfetto funzionamento igienico degli Asili infantili, giacchè la concessione del sussidio per la refezione è subordinata al controllo igienico effettuato dagli organi dell'Opera.

**La redenzione dell'Agro Pontino.**

L'Agro Pontino si avvia sempre più verso il risanamento. Le notizie sull'Agro nel primo semestre di campagna antimalarica sono molto confortevoli, specie quelle riguardanti la popolazione colonica, già stabilizzata, in 28.321 abitanti.

La popolazione totale colonica ed operaia è di n. 64.221.

La malaria nella massa operaia, malgrado i continui spostamenti e la indisciplina di essa nel mantenere le misure di profilassi e nel sottoporsi alla chininizzazione, è stata lieve, specie se si tiene conto del numero di 35.890 lavoratori, e delle condizioni di vita a cui si sottopongono.

I servizi sono stati sempre più incrementati ed aumentati dalla C. R. I., la quale non ha lesinato i mezzi per assicurare il successo all'opera veramente epica che per volontà del Duce si attua nell'Agro Pontino.

Indice di tale confortevole situazione è il fatto che negli ospedali di Roma non è assolutamente ricoverato nessun ammalato proveniente dalla regione Pontina a causa della malaria.

Quanto si compie oggi in Agro Pontino sia dal lato sanitario che nei riguardi della bonifica integrale, meriterebbe accurate e particolari visite da parte degli studiosi.

**Ammirazione di medici stranieri per le opere dell'Agro Pontino.**

Numerosi medici di varie nazionalità, convenuti a Roma per prendere parte al corso di malariologia organizzato dalla Società delle Nazioni, da noi già annunziato, si sono recati nell'Agro Pontino per effettuare una dettagliata visita agli imponenti lavori di bonifica e per rendersi conto dell'organizzazione e dello svolgimento dei servizi sanitari ivi attuati dalla Croce Rossa Italiana. Sono stati accompagnati nella loro visita dai proff. Raffaele e Lega. Erano ad attenderli sul posto il direttore generale e il capo dei servizi sanitari della Croce Rossa Italiana e il direttore dei servizi sanitari dell'Agro Pontino, il quale, in una esauriente visita presso i varî ospedali, infermerie, stazioni sanitarie della zona, ha illustrato tale complessa organizzazione di bonifica umana.

A Sabaudia i medici, ricevuti dal capo dell'ufficio stampa dell'Opera Nazionale Combattenti, hanno visitato il preventorio della Croce Rossa Italiana, festosamente accolti dai numerosi piccoli ospiti.

La visita ha suscitato in tutti i medici stranieri il più schietto entusiasmo e la più sincera ammirazione per l'opera romanamente grande che la volontà del Duce ha saputo, in così breve tempo e così efficacemente, realizzare per redimere la vasta regione.

**Un po' dovunque.**

La Federazione internazionale delle Organizzazioni di eugenica, con sede a Londra, ha tenuto la sua assemblea annuale a Zurigo, dal 19 al 21 luglio; al tempo stesso ha organizzato una Conferenza internazionale, cui sono stati invitati tutti i Paesi affiliati. Furono all'ordine del giorno due temi principali: lo studio dei gemelli e la psichiatria razziale.

Il 2° Congresso dell'Associazione della Documentazione fotografica e cinematografica sulle scienze è indetto a Parigi, dal 4 al 12 ottobre, nel Museo Pedagogico dello Stato (rue d'Ulm 29). Rivolgersi al Dr. Claoué, rue Scheffer 39, Paris 16e.

Il 26 agosto si è inaugurato a Rimini un nuovo Istituto di Radiologia « Augusto Murri » e contemporaneamente ha avuto luogo lo scoprimento di un busto marmoreo del sommo clinico, donato al nuovo Istituto dal comm. prof. Lodovico Vincini. La figura del Murri è stata magistralmente rievocata dal prof. Antonio Gnudi di Bologna.

Per onorare la memoria del Murri, il Gruppo Emiliano della « Società Italiana di Radiologia Medica » ha tenuto in Rimini, in questa circostanza, la sua XXV riunione scientifica, organizzata dal presidente prof. Abati e dal segretario del Gruppo Radiologico Emiliano prof. Giovetti.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 22 giugno, sotto la presidenza del prof. M. Donati. Furono fatte comunicazioni da: G. Pieri, R. Ascoli, E. Gianni, E. Ettorre, L. Supino, G. Cigada, G. Castiglioni, G. Nogara, M. Pepere.

La Società Piemontese di Chirurgia si è adunata il 23 giugno, sotto la presidenza del prof. O. Uffreduzzi. Furono fatte comunicazioni da: D. Taddei, E. Ettorre, B. Roccia, G. Roasenda e A. M. Dogliotti, G. Vecchi.

La Sezione Laziale della Federazione It. Naz. Fascista per la lotta contro la Tub. si è adunata a Viterbo il 3 giugno, sotto la presidenza del prof. Morelli, assistito dal segretario prof. Omodei Zorini. Furono fatte comunicazioni dal dott. Merlani e dai proff. Giannini e Spolverini.

La Sezione di Palermo della Società Italiana di Biologia Sperimentale si è adunata il 9 e il 16 giugno, sotto la presidenza del prof. U. Lombroso; furono fatte 13 comunicazioni.

Indetti dall'O. N. M. I. anche quest'anno avranno luogo dal 1° al 31 ottobre presso le Cliniche pediatrica ed ostetrica di Milano e sotto la direzione dei proff. Emilio Alfieri ed Ivo Nasso, un corso di puericultura prenatale e postnatale per medici e uno per levatrici. Sono istituiti per ciascuno dei due corsi 10 premi in denaro, 8 dei quali riservati a medici e levatrici provenienti da Comuni rurali. Rivolgersi entro il 15 settembre al presidente della Federazione provinciale milanese dell'O. N. M. I., via Monforte 35, Milano.

La Scuola Medica Ospedaliera di Napoli, presieduta dal prof. G. Tedeschi, ha organizzato un corso di perfezionamento in medicina, chirurgia e specialità dal 5 novembre al 15 dicembre. Chiedere il programma al segretario prof. G. Bazzicalupo, Ospedale Incurabili, Napoli.

La Scuola Convitto « Nani » per infermiere, presso gli Ospedali Civili di Venezia, ha aperto le iscrizioni ai due corsi per infermiere, nonchè al corso ulteriore per assistenti sanitarie; scadenza 20 ottobre. Chiedere gli annunzi alla Direzione della Scuola o degli Ospedali.

Il ministro Di Crollalanza, accompagnato dal ministro Acerbo, ha inaugurato a Pescara il nuovo Ospedale Civile, costruito col contributo della Provincia, capace di 150 letti e che offre un'assistenza sanitaria completa.

È stato inaugurato a Rosario, l'8 luglio, un sanatorio costruito dalla Lega argentina contro la tubercolosi. Parlarono il dott. Zuaznabar, presidente della Lega, e il dott. Manuel Costello, direttore del Sanatorio. Una signora che vuol mantenere l'anonimo ha donato 10.000 pesos al sanatorio, in ricordo del defunto marito. Il municipio e il governo provinciale si sono impegnati a corrispondere, rispettivamente, sovvenzioni di 1250 pesos e di 500 pesos mensili, per contribuire al funzionamento del sanatorio.

L'« Assistenza Pubblica » di Montevideo è venuta in possesso di un milione e mezzo di pesos, somma legatale dal sig. Tiburcio Cachon con la riserva dell'usufrutto alla sorella Eleonora Cachon de Correo, ora deceduta.

L'11° viaggio medico internazionale sulla Costa Azzurra avrà luogo dal 26 al 30 dicembre; seguirà un'escursione sulle prossime Alpi. Chiedere programma a: Secrétariat de la Société Médicale du Littoral méditerranéen français, rue Verdi 24, Nizza.

Si è iniziata la pubblicazione della « Revue de Microbiologie appliquée à l'Agriculture, à l'Hygiène, à l'Industrie »; ne è segretario generale il dott. Paul Hauduroy; è edita dalla « Librairie J.-B. Baillière & Fils » (rue Hautefeuille 19, Paris 6e); è a periodicità bimestrale; l'abbonamento annuo importa fr. francesi 50 all'interno, 70 all'estero (un numero separato 12 franchi).
Risponde allo sviluppo crescente delle applicazioni pratiche della microbiologia.

La rivista « Hippocrates » ha rinnovato tutto il suo personale direttivo e redazionale; segretario di redazione ne è il dott. Erwin Liek; la rivista intende mettersi su di un terreno rigorosamente scientifico e sovratutto tener conto dei valori spirituali. (Indirizzo: Holzgartenstr. 7, Stuttgart, Germania).

Nell'ottobre 1884 venne pubblicata a Vienna la prima osservazione d'un intervento operativo eseguito sotto anestesia locale alla cocaina. Per ricordare questo avvenimento, che ha messo a disposizione dei chirurgi e degli specialisti in oftalmologia, oto-rino-laringologia e stomatologia, preziose possibilità operatorie, si è costituito a Marsiglia un comitato il quale organizza una cerimonia commemorativa per il 27 ottobre. Rivolgersi al Dr. Ch. Roche, ophtalmologiste des Hôpitaux, Marseille.

Il Governo dell'India ha deciso che le pellicole d'educazione popolare importate dalla Croce Rossa saranno esonerate dai diritti di dogana.

In occasione del 5° Congresso medico argentino, indetto a Rosario in settembre, il Circolo Medico di Rosario (Córdoba 3040) ha preparato una prima Mostra del libro argentino di scienze mediche.

I colleghi di Siracusa e della Provincia hanno offerto al dott. comm. Francesco Mauceri, già medico provinciale, un'artistica pergamena disegnata dal pittore Beppe Assenza e una pregevole Madonna bizantina, per attestargli la stima che lo circonda. Il Prefetto ha rivolto al Mauceri parole cordialissime. Il residuo delle somme raccolte è stato devoluto all'Ente Opere Assistenziali per le Colonie marine e montane dei bambini della Provincia.

Il 2° Congresso nazionale dei medici amici del vino di Francia si terrà a Béziers dal 25 al 28 ottobre sotto la presidenza onoraria del presidente del Consiglio dei ministri Gaston Doumergue e quella effettiva del ministro dell'agricoltura dott. Queuille. Adesioni alla segreteria permanente: Allées Paul Riquet 72, Béziers, Francia.

L'Unione internazionale degli auto-clubs medici ha proposto una targhetta internazionale, per il riconoscimento degli auto dei medici: triangolo azzurro su campo bianco.

Il Tribunale per la eredo-sanità di Berlino, su parere del Ministero prussiano della giustizia, ha deliberato che gli stranieri, durante la dimora in Germania, sono soggetti alla legge per la prevenzione di tare ereditarie, la quale comporta la sterilizzazione. Volendo sottrarsi a questa legge, gli stranieri devono lasciare la Germania. Siffatta interpretazione rientra negli scopi della legge, ossia la tutela della futura generazione germanica dalle possibili tare ereditarie.

I giornali recano di una grave epidemia di dissenteria determinatasi a Varsavia; a tutto agosto erano denunziati circa 1500 casi, con 250 vittime. Si è emanato il divieto di tutte le riunioni ed anche dei mercati nella regione colpita. Si è proceduto alla mobilitazione di un piccolo esercito di medici e d'infermiere.

Il presidente della Commissione degli affari militari del governo di Nanchino, capo effettivo di tale governo, gen. Ciang-Cai-Sceic, ha emanato un proclama che commina misure severissime — compresa la pena di morte — ai trafficanti di oppio, morfina, cocaina, eroina.

In un ospedale di Melbourne (Australia) è stata fatta scoppiare una bomba, pare da un antico paziente psicopatico dimesso; ne sono derivati gravi danni all'edifizio e sono rimasti feriti alcuni medici e altro personale.

Un transatlantico americano ha deviato la rotta, rispondendo ad un marconigramma, affinchè il medico di bordo potesse prestare le sue cure al capitano di una nave da carico italiana, gravemente ammalato. Questi veniva trasbordato e ospitato nell'infermeria; malgrado le cure, decedeva alcune ore dopo. La spoglia venne sbarcata a Plymouth.

Nell'ospedale di Calcinato (Bergamo) una suora, al secolo Maria Beretta, di 57 anni, da Como, aveva appena finito di prestare le sue cure ad un vecchio infermo quando è stramazzata, per rottura di aneurisma. Aveva trascorso 32 anni tra le detenute delle carceri di Venezia, nel lazzaretto di Bergamo e in varî ospedali d'Italia, prodigando opera benefica.

Il Governo tedesco ha rafforzato le norme contro la pubblicità ai prodotti anticoncezionali. Cataloghi e listini di questi prodotti possono inviarsi solo a chi vi ha interesse professionale, come i medici. La stessa disposizione vale per i mezzi contro le malattie veneree. È proibita la pubblicità visibile dalle strade a tali prodotti. È proibita la distribuzione automatica di tali prodotti in luoghi pubblici.

Il dott. Giuseppe Tomba, di 43 anni, medico condotto di Roncà, imputato di veneficio che sarebbe stato commesso nel 1932 in persona della possidente settantacinquenne Domenica Roncolato (dei cui beni, secondo l'accusa, egli avrebbe voluto impadronirsi) e di estorsione in danno dei figli della vittima, è stato assolto dalla Corte d'assise per insussistenza dei fatti addebitati.

Il dott. Charles Cooper di Maritzburg — nel Sud Africa — era stato accusato di seduzione di una ragazza sedicenne, la quale aveva poi dato alla luce un bambino. Gli si chiedevano 1000 sterline (62.000 lire it.) come rivalsa e per l'allevamento del bambino. Erano precisati i giorni e le ore di due incontri; ma egli potè dimostrare di essere stato, invece, in visita ad un malato lontano e di aver partecipato ad una riunione; è stato assolto in pieno.

La prof.a Lidia La Face, nota entomologa addetta alla Stazione per la lotta antimalarica (Roma), e il marito, sono stati vittime a Viareggio di un incidente automobilistico; per fortuna le conseguenze non sono gravi. Augurî di guarigione sollecita.

Il prof. Ferdinando Salpietra, noto alla famiglia medica italiana per la sua magnifica attività giornalistica, ha perduto la diletta compagna signora Adele Salpietra Bivona. Gli giungano le nostre sentite condoglianze.

## CRONACA EPIDEMIOLOGICA

### Le malattie infettive in Italia.

**Mese di Gennaio 1934**

| Malattie | 1-7 | | 8-14 | | 15-21 | | 22-28 | | 29/1-4/2 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi |
| Morbillo | 218 | 1451 | 208 | 1296 | 235 | 1442 | 269 | 1827 | 251 | 1800 |
| Scarlattina | 135 | 280 | 111 | 279 | 128 | 28[illegible] | 127 | 253 | 134 | 305 |
| Varicella | 98 | 2[illegible]7 | 115 | 297 | 87 | 41 | 117 | 273 | 97 | 285 |
| Vaiuolo e Vaiuoloide | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Tifo addominale | 159 | 287 | 157 | 275 | 142 | 207 | 151 | 222 | 142 | 193 |
| Difterite e Croup | 318 | 581 | 327 | 611 | 374 | 638 | 377 | 656 | 326 | 599 |
| Meningite cerebro-spinale | 12 | 12 | 3 | 3 | 12 | 13 | 13 | 15 | 18 | 21 |
| Poliomielite cutanea ac. | 1 | 1 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 7 | 5 | 5 |
| Encefalite letargica | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Di-senteria | 3 | 5 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 |
| Pustola maligna | 19 | 21 | 21 | 24 | 18 | 18 | 9 | 9 | 10 | 10 |

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI — Roma, 17 Settembre 1934 - XII — Num. 37

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



# NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN LATERANO DI ROMA

Iª SEZIONE - Primario Prof. P. CIUFFINI

## Osteomalacia e calciopessi.

Dott. ALBERTO STARNA, aiuto.

Veramente notevoli sono le ricerche sperimentali e gli studi di chimica biologica praticati in questi ultimi anni a proposito del ricambio del calcio.

Sull'equilibrio e sulle modificazioni nell'organismo di questo elemento agiscono secondo le più moderne e ormai confermate vedute tre fattori: due preformati nell'organismo, cioè il paratormone di Collip e la fosfatasi di Robison e Soames; ed uno ingerito con gli alimenti costituito dalla vitamina D che più esattamente è stata meglio identificata nella vitamina $D^2$ dai tedeschi o calciferol dagli inglesi.

Il concetto semplicista che alcune malattie caratterizzate da deficiente calcifissazione fossero secondarie ad una ipocalcemia, donde la loro qualifica di malattie ipocalcemiche, è sulla via di una ampia revisione. Il parallelismo tra il potere calciopessico e il valore calcemico non può oggi essere accettato come è dimostrato dai risultati di laboratorio e dai dati clinici in malattie ad alterato ricambio calcico.

Credo perciò non inutile, ora che gli studi sull'argomento si vanno orientando in tal senso, riportare alcuni casi di osteomalacia trattati con ergosterina irradiata o R.U.V. come calciofissatrici e seguìti nell'andamento dal valore calcemico durante la cura.

Si ammette comunemente che nel plasma sanguigno il calcio si trovi sotto tre forme fisico-chimiche differenti e cioè come calcio organico non differenziabile, legato alle proteine (Pauli) nè dializzabile; come calcio inorganico dializzabile jonizzato (Neuhansen e Marshall) che costituisce il 20 % del Ca totale. È pure dimostrato che esiste un rapporto costante tra il Ca-jone ed il calcio totale.

Sarebbe poi di grande importanza seguire la concentrazione del calcio nel sangue perchè è

indubitato che un eventuale grado di idremia influirà sulla calcemia come su qualunque altra sostanza soluta nel sangue.

Quindi le determinazioni isolate della calcemia come ho praticato nei malati che seguono sono ben lontano dal darci un quadro del completo svolgimento del ricambio calcico nell'osteomalacia; esse indicano solo una fase di esso non potendosi desumere se la differenza in più o in meno del valore normale sia dovuto a mobilizzazione ossea o alla fissazione sul tessuto stesso. Può così accadere che l'ipercalcemia sia l'indice del calcio inutilizzato o mobilizzato dalle ossa, e che giunga a determinare, superata una certa soglia renale, una notevole calcemia. Appunto partendo da questo concetto il fisiologo di Milano, Foà, in un recentissimo studio propone di istituire la prova della somministrazione del calcio per saggiare la proprietà fissatrice dell'organismo.

Il vasto campo delle ricerche biologiche a tal riguardo è ben lontano dall'essere esplorato, occorrerebbe per lo meno seguire l'intero bilancio del calcio e del fosforo ma ciò non è possibile senza una speciale attrezzatura tecnica.

I fattori calcifissatori si riassumono oggi nel paratormone e nell'attinoterapia sia indiretta sotto forma di ergosterina irradiata (vitamina D) per os; sia diretta con l'applicazione di R. Y. V.; gli altri fattori che contribuiscono alla calcificazione come i fermenti degli osteoblasti e degli osteoclasti, l'enzima cartilagineo di Robison, non sono ben conosciuti nè modificabili in alcuna maniera. È noto come l'ormone paratidoideo e la vitamina D si influenzino a vicenda, ho perciò creduto di restringere il trattamento soltanto a quest'ultima di facile dosatura e per accertare il suo reale effetto curativo nell'osteomalacia.

***

Dalle prime ricerche del 1912 di Hopkins e di Funk sulle vitamine ad oggi lo studio di esse si è talmente perfezionato che ormai sono ben note numerose forme di avitaminosi.

Gli studi fondamentali di Mac Collum e Simmonds hanno permesso di isolare sperimentalmente nell'olio di fegato di merluzzo, nelle sostanze grasse e nel tuorlo d'uovo dal complesso vitamina A un'altra vitamina liposolubile e termostabile, cioè la vitamina D antirachitica. Gli AA. hanno pensato se anche altre malattie con disturbi del ricambio calcico e decalcificazione delle ossa e in certo modo simili nell'estrinsecazione anatomo-patologica alla rachitide non riconoscessero come fattore etio-patologico una avitaminosi da sola o associata ad altri disturbi.

Non v'è dubbio che dopo la rachitide fra queste malattie debba considerarsi l'osteomalacia per l'importanza che riveste e per la diffusione che essa presenta; perciò ricerche e tentativi sia a scopo terapeutico, sia per poter delucidare l'etiologia di questa affezione, s'imponevano ormai, tanto più che delle numerose vecchie teorie patogenetiche dell'osteomalacia, nessuna può reggere ad un esame severo.

Cadute in tal modo le teorie trofiche (Bouchard), la teoria nervosa, non da tutti accolta, l'infettiva (Morpurgo, Artom, Arcangeli) rimangono di notevole interesse la paratiroidea e la teoria della carenza vitaminica.

Ed appunto in base a tale etio-patogenesi Lievre classifica le distrofie ossee in tre grandi categorie: osteopatie da carenza vitaminica od osteomalacia propriamente detta; osteosi paratiroidea (M. di Recklinghausen), e osteite deformante di Paget.

Riservando il nostro studio all'osteomalacia, dobbiamo distinguerne una da carenza totale detta anche osteopatia da fame, che si verifica in seguito a diminuzione di tutti gli alimenti e che è stata riscontrata solo presso i tedeschi durante la guerra nella popolazione civile denutrita, e l'altra che costituisce l'osteomalacia ordinaria da probabile carenza di vitamina D e della secrezione della paratiroide.

Sebbene siano già stati trattati da alcuni AA. tali casi con ergosterina irradiata o con R.U.V., la scarsezza di dati e di uno studio sistematico dell'andamento dei valori calcemici ci ha consigliato ad intraprendere osservazioni in proposito, tanto più che abbiamo creduto anche indispensabile unire alla attinoterapia una serie di iniezioni di calcio. Il modo di azione della vitamina D non è noto che in parte, mentre determina aumento del fosforo nel sangue essa fa diminuire il calcio. Anche la reazione del contenuto del colon tende con l'uso dell'ergosterina irradiata a tornare acido e quindi a facilitare l'assorbimento del calcio che in ambiente alcalino invece viene precipitato come fosfato.

Il primo caso di ergosterina irradiata somministrata ad un osteomalacico con esame della calcemia in Italia credo sia quello di Cipriani e Rotta, che ad una donna trentenne, sofferente da oltre due anni e con grave difficoltà alla deambulazione somministrarono vigantolo per 85 giorni; passando da 3 pastiglie al giorno nella prima decade, a 4 nella seconda e a 5 successivamente.

Tale cura non si accompagnò ad alcuna iniezione di calcio; la calcemia praticata col me-

todo di Kramer e Tisdall scese da 0,97 ‰ all'inizio della cura a 0,88 ‰ durante la prima settimana di somministrazione di vigantolo, per risalire a 0,91 ‰ ed infine a 0,93 ‰ dopo sei giorni dalla cessazione di questa.

L'esame del calcio nelle feci dimostrò nel corrispondente periodo una graduale diminuzione da mg. 1090 fino a mg. 417; la paziente notò scomparsa graduale dei dolori, la deambulazione era tornata normale, la calcificazione ossea controllata radiograficamente risultò notevolmente aumentata.

Un altro caso, dei più recenti, trattato con ergosterina irradiata è quello di Harvier e Lafitte. Si trattava di una donna affetta da una forma grave di osteomalacia con fratture multiple e incassamento del torace nel bacino; radiologicamente risultava una rarefazione delle ossa e l'esame del sangue dimostrava una ipocalcemia e ipofosfatemia; in precedenza era stata praticata un'ovariectomia senza alcun risultato.

La somministrazione giornaliera di ergosterina irradiata, prima alla dose di 1 centigr., poi salendo fino a 4 centigr. al giorno determinò un miglioramento sorprendente della malata che potè levarsi di letto e camminare normalmente. La calcemia andò aumentando durante la cura e dopo tre mesi le radiografie dimostrarono una ricalcificazione ossea e il consolidamento delle fratture.

Anche Labbé associando l'ergosterina al gluconato di calcio ha ottenuto buoni risultati in alcuni casi di osteomalacia.

Ma non tutti gli AA. riconoscono questa azione calcificante ossea dell'ergosterina, così Lewis nei fratturati ha osservato che l'ergosterina, irradiata non modifica il decorso normale della guarigione e che mentre la fosfatemia rimaneva invariata la calcemia aumentava solo di pochissimo.

Questo risultato non deve sorprenderci perchè gli individui a ricambio calcico normale essendo già forniti di ergosterina dagli alimenti ordinari non possono risentire in modo apprezzabile di tale trattamento. È invece in casi di distrofia ossea che potremo sperare qualche beneficio dalla somministrazione di ergosterina, in modo speciale nell'osteomalacia ove il bilancio calcico è certamente alterato. Tale fatto già sospettato da molto tempo fu per la prima volta osservato da Neumann che riscontrò in tali persone un deficit quotidiano di gr. 3.50 di calcio.

Successivamente dal bilancio escretivo si è passati alla ricerca calcemica per opera di Keller, di Bar e di Daunay che riscontrarono ipercalcemia nella gravidanza; mentre col cessare di questa la calcemia tornava normale. Tali ricerche vennero confermate da Veron, Fruhinshltz, Savornat, Rebattu e Roubier.

Vediamo così che accanto ad alcuni ricercatori che hanno riscontrato una ipocalcemia numerosi altri hanno invece trovata un'ipercalcemia; certamente la decalcificazione si accompagnava non solo ad un bilancio passivo del calcio ma ad una modificazione del tasso del calcio nel sangue.

Nella gravidanza la mobilizzazione del calcio endogeno è temporanea e corrisponde al periodo di formazione dello scheletro fetale, nella donna osteomalacica tale fatto permane e non si ritorna più al normale equilibrio. Che le gravidanze numerose siano frequenti in tali persone non ci indica però che a quelle dobbiamo riportare la causa dell'affezione nè il disturbo ovarico può essere preso in considerazione migliore per la amenorrea che abbiamo riscontrata anche nella nostra p. Evidentemente l'amenorrea in questi soggetti pallidi, anemici e ormai ridotti per sempre su di una poltrona non è che secondaria all'anemia. Del resto anche l'osteomalacia maschile a sua volta non risulta d'origine genitale, infatti recenti ricerche sperimentali di Cheymol e Quinquaud sul cane hanno dimostrato che l'asportazione dei testicoli non modifica la calcemia.

Se da questi elementi si può ritenere che la semplice somministrazione di ergosterina irradiata il più spesso possa essere di notevole giovamento, numerosi altri lavori ci dicono che anche la somministrazione di calcio, sia per via endovenosa, sia per via intramuscolare risulta utile nell'osteomalacia come in altri casi di decalcificazione delle ossa. L'associazione delle due cure; calcio e vitamina D ci sembra oggigiorno la migliore e la più logica conseguenza in tali affezioni. Espongo anzitutto un caso in cui appunto abbiamo potuto abbastanza a lungo per un periodo di oltre tre mesi osservare gli effetti di questa cura associata.

Gennaro F. (*), di 34 a., pescatore. Non lues nè malattie veneree. Nel 1917 contrasse malaria in guerra di cui si curò in modo discontinuo. Nel 1923 comparvero i primi dolori che dalle ultime vertebre dorsali si irradiavano ai fianchi, contemporaneamente notò pesantezza agli arti inferiori e superiori. Non diede nei primi anni gran peso alla cosa, poichè verso il 1925 i dolori si erano attenuati non così però i disturbi motori agli arti inferiori che erano andati invece crescendo con il manifestarsi di una rigidità progressiva tanto che dal 1926 non riesciva più possibile la deambulazione. Questa risultava poi negli ultimi

(*) Questo p. fu da me seguito durante il servizio fatto presso il V Padiglione del Policlinico Umberto I (primario: prof. A. Lugli).

tempi anche difficoltata per l'abbassamento di tutto il corpo con cifosi accentuata e incurvamento delle ossa lunghe.

Nel 1928 praticò una cura di neosalvarsan non ricavando alcun risultato, una di olio di fegato fosforato gli procurò qualche giovamento tanto da poter reggersi in piedi e flettere le gambe: ma verso la metà del 1929 peggiorava nuovamente. Praticava allora una cura di osteoplasi e di oleofosfina, ma senza alcun effetto, anzi era di nuovo costretto al letto e le ossa si incurvarono maggiormente. Per tale aggravamento chiede ricovero in ospedale nel settembre 1930.

*E. O.* Condizioni generali scadute. Negativo l'esame per alterazioni a carico del cuore e dei polmoni. Colorito bruno-pallido della cute e mucose; micropoliadenopatia latero-cervicale. Le ossa lunghe sono molli, elastiche incurvate sull'asse maggiore.

Torace deforme, avvallato nel bacino, cifoscoliosi destra accentuata. La gabbia toracica presenta infossamento della metà inferiore dello sterno, è molle, elastica alla pressione sulle coste, così pure il bacino in cui le ossa iliache sono estroflesse.

Le masse muscolari degli arti inferiori sono ipotrofiche, la gamba sinistra è per la frattura del femore accorciata e ruotata all'esterno, molto dolente alla pressione in corrispondenza della testa. Riflessi tendinei vivaci, non clono, non Babinski. I tentativi di movimento passivo sono dolenti specie a sinistra; impossibilità dei movimenti attivi. Radiograficamente risulta decalcificazione diffusa al torace, al bacino, alle ossa lunghe a tipo osteomalacico; frattura spontanea del collo del femore sinistro.

Il 1° febbraio 1931 si pratica la prima calcemia che dà 11 ‰. Inizia una serie di iniezioni endovenose di cloruro di calcio al 10 % a giorni alterni in dose di 10 cmc.; nei giorni di riposo poi 20 gocce di calciosterina. Il 5 marzo si pratica la dodicesima iniezione di cloruro di calcio e il 6 si preleva il sangue ottenendo alla seconda calcemia 11,5 ‰. Subito il giorno seguente si riprende la stessa cura che si protrae fino al 23 marzo. Dopo quel giorno si sospendono le iniezioni e si continua a somministrare la sola calciosterina fino al 5 aprile in cui la calcemia dà un valore di 9,8 ‰.

Il p. si sente un po' meglio, i dolori diffusi per le ossa sono diminuiti.

Si riprende il 1° maggio la cura completa di calciosterina, cloruro di calcio endovenose e fosfato tricalcico per os fino al 10 giugno. Le condizioni del paziente sono ancora migliorate; i dolori alle ossa sono scomparsi, l'elasticità della gabbia toracica è diminuita, la pressione sul bacino e sulle ossa lunghe non dà più quel senso di cedevolezza che si riscontrava all'inizio. I movimenti nel letto sono ora praticabili dal p., però la deambulazione non è ancora possibile. Sempre dolente la coscia sinistra in corrispondenza della frattura. Anche subbiettivamente il p. si sente un po' meglio, le forze risultano aumentate.

All'ultimo controllo calcemico (5 giugno) si ebbe 9,5 %); la radiografia del torace e del bacino rilevò un discreto aumento della calcificazione rispetto all'esame all'ingresso, ma notevolmente inferiore all'osso sano; il callo di frattura del collo del femore sinistro era appena accennato.

In tali condizioni il p. viene trasferito in altro reparto.

CASO II. — L. Vincenza, a. 36, vedova, d. d. c.; entra il 24 nov. 1932.

Anamnesi. Negativo il gentilizio, marito morto di cisto-pielite. La p. ha avuto quattro gravidanze a termine e quattro aborti; a 30 anni annessite. Mestruata a 14 anni, le mestruazioni si sono fatte scarse da circa due anni e da un anno è amenorroica. Da due anni avverte dolori lungo gli arti inferiori, dolori che sono più intensi in corrispondenza delle articolazioni, senza che queste siano arrossate e tumefatte. Successivamente i dolori sono passati anche agli arti superiori. Non ha mai avuto febbre, i dolori ossei non aumentano nella notte, si attenuano con il riposo. Sette mesi fa ha notato per la prima volta tumefazione in corrispondenza dell'ulna sinistra senza causa violenta determinante; già in antecedenza aveva riscontrato diminuzione della propria altezza. Da cinque mesi per dolori vaghi, diffusi a tutto il bacino le è impossibile la deambulazione. L'ultimo suo figlio di circa 3 anni e che porta seco in Ospedale è affetto da rachitide grave e non è ancora in grado di camminare.

*E. O.* Condizioni generali scadute, colorito bruno-pallido della cute e delle mucose. Torace deformato per forte aumento del diametro anteroposteriore e diminuzione del trasverso, sterno proiettato in avanti, coste molli elastiche alla pressione, così pure lo sterno. L'esame dei polmoni e del cuore è negativo per qualunque alterazione.

Oltre le deformazioni già notate a carico della gabbia toracica si rileva dolore alle ossa lunghe e alle articolazioni, si riscontra pure una notevole cedevolezza e tendenza all'incurvamento degli estremi epifisari delle ossa lunghe. Frattura dell'ulna sinistra in corrispondenza del terzo inferiore con mobilità completa dei due segmenti senza traccia di formazione di un callo, il frammento inferiore è deviato leggermente all'esterno, dolore alla pressione del punto di frattura.

Anche la pressione sul bacino dà un senso di cedevolezza spiccata e attraverso le spine iliache si determinano dolori vivi alla sinfisi e alla branca ileo-pubica bilateralmente, ma in grado maggiore a destra. Lordosi lombo-sacrale accentuata, la deambulazione a piccoli passi è solo possibile per pochi metri con l'aiuto del bastone. Le ossa del cranio sono di resistenza normale.

L'esame delle urine è negativo, Wassermann e Meinicke negative, leucociti 7500, l'esame del sangue non dimostra modificazione della formula leucocitaria, nè della serie rossa.

Radiografia delle ossa: decalcificazione notevole di tutte le ossa lunghe; frattura spontanea sottoperiostale dell'ulna sinistra; evidentissima capsula articolare nei due ginocchi; spiccata decalcificazione nel bacino che presenta pure frattura della branca orizzontale d'ambo i lati con notevole spostamento delle superfici di frattura (v. fig. 1).

La ricerca del diplostreptococco osteomalacico riescì negativa nelle urine e nel sangue, nel liquor si isolò uno streptococco con caratteri culturali incerti; un secondo prelevamento diede esito negativo.

Il 5 gennaio si pratica la ricerca della calcemia che dà 8,3 ‰, subito dopo si inizia una cura di R.U.V. e di gluconato di calcio intramuscolare. Le applicazioni di R.U.V. sono diffuse a tutto il corpo e vengono aumentate da quattro minuti iniziali di 2 minuti ogni seduta; le iniezioni di calcio sono praticate a giorni alterni. Le

sedute di R.U.V. non superano il tempo massimo di 20 minuti e con un intervallo di riposo di quindici giorni verso gli ultimi di gennaio vengono riprese e continuate fino al 1° aprile come le iniezioni di calcio.

Durante il periodo di cura la p. è migliorata lentamente nei mesi di gennaio e di febbraio, più rapidamente in marzo tanto che verso la metà di



FIG. 1.

questo mese si è levata di letto e può camminare per la corsia senza alcun appoggio.

La donna si sente molto meglio, al malessere succede un senso di euforia, i dolori per le ossa sono cessati, lo stato di profonda anemia si attenua fortemente; il pannicolo adiposo che era quasi scomparso comincia a riformarsi; le masse

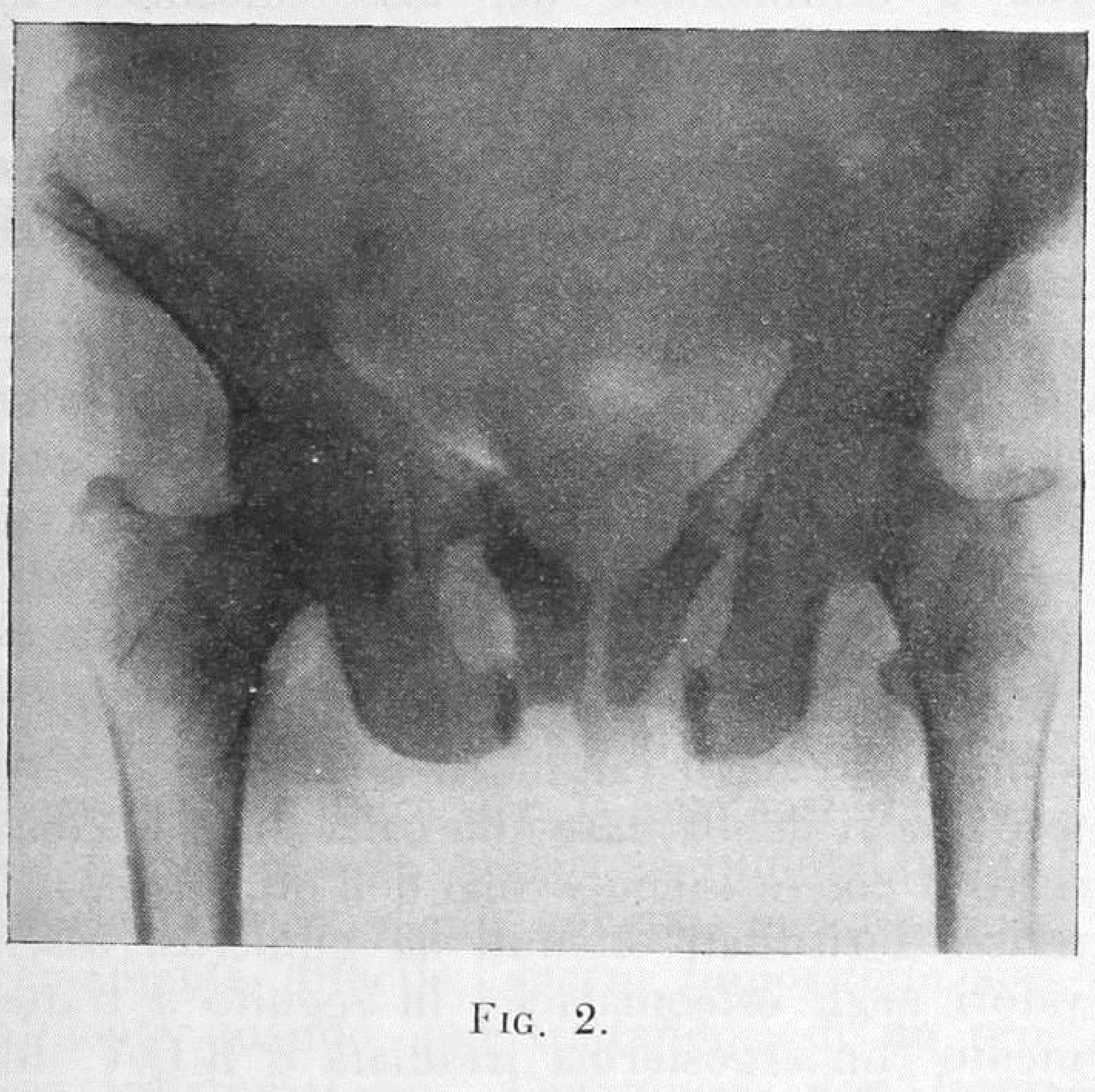


FIG. 2.

muscolari fortemente ipotrofiche tendono a svilupparsi e si fanno toniche. Il miglioramento è veramente sorprendente quando si pensi che da 17 mesi la donna era allettata.

Il 4 aprile si pratica la calcemia che dà 4,5 ‰; dato il basso valore abbiamo voluto controllarla ottenendo il 7 aprile il valore leggermente aumentato di 4,7 ‰.

La radiografia praticata per la seconda volta dà il seguente reperto. Ricostituzione delle ossa quasi al normale, callo evidentissimo sui doppi focolai di frattura del cingolo pelvico, frattura spontanea dell'ulna sinistra con callo bene evidente (vedi fig. 2).

In tali condizioni la p. esce dall'ospedale il giorno 10 aprile dopo circa quattro mesi di cura complessiva. Merita di essere ricordato il fatto che contemporaneamente alla donna veniva ricoverato il figlio più piccolo di circa tre anni affetto da rachitide accentuata ed ancora incapace alla deambulazione. Anche al piccolo fu praticata una serie di R. U. V. con miglioramento spiccato della calcificazione delle ossa e dell'emopoiesi, tanto che all'epoca della sua uscita camminava discretamente.

Riepilogando quanto abbiamo osservato nei nostri pazienti possiamo concludere che la cura attinoterapica tanto diretta quanto indiretta ha dato un miglioramento che è stato però molto più sensibile con la diretta tanto da raggiungere una vera guarigione clinica come dimostra l'esame radiografico; la seconda invece, quella cioè praticata con ergosterina irradiata è riuscita di effetto notevolmente minore. La cosa non può meravigliare quando si pensi infatti che l'azione benefica in tali affezioni è dovuta alla vitamina D o meglio alla vitamina D 2, e che l'assorbimento per via parenterale è certamente inferiore a quello che può essere su tutta la superficie del corpo.

La scarsezza delle osservazioni occorsemi meritano altre ricerche di controllo; ma è indiscutibile che oggigiorno alla terapia ricostituente generica ovarica o testicolare si debba sostituire l'attinoterapia in tutti gli osteomalacici, e se vi è la possibilità di disporre di un apparecchio a lampada di quarzo si preferisce una serie di applicazioni di R.U.V., in via subordinata potremmo procedere invece alla somministrazione orale di ergosterina irradiata.

Ma interesse anche maggiore per noi offre il comportamento della calcemia durante tale terapia. Nel primo dei nostri malati, ostemalacia maschile, il tasso calcemico era leggermente alto (11 ‰) ed è andato dopo un breve aumento iniziale gradualmente diminuendo fino a scendere all'ultimo controllo a 9,5 ‰. Nel secondo caso di osteomalacia gravidica; inizialmente la calcemia era appena al limite minimo fisiologico e dopo tre mesi di cura scese a 4,5 ‰, cifra assolutamente molto bassa tanto che credetti opportuno praticare un controllo dopo qualche giorno con altre soluzioni nuove titolate, ma il risultato fu quasi identico con il valore di 4,7 ‰.

Il comportamento della calcemia nei casi surriferiti di osteomalacia non è stato dunque come alcuni AA. ritengono, cioè forte ipocalcemia iniziale con aumento del tasso paralle-

lamente allo stabilirsi del miglioramento; al contrario l'osteomalacia come varie altre affezioni molto probabilmente presenta un ben diverso comportamento calcemico, durante le cure di R.U.V. Ricordo così che Ferro non ha trovato in bambini sottoposti ai raggi ultravioletti quell'ipercalcemia da precedenti autori accertata e riportata; anzi in quei pochi casi in cui si determinava l'ipercalcemia le condizioni del p. tendevano a peggiorare. Anche Giorgy in controlli fatti dopo somministrazione di ergosterina irradiata notava ugual fatto e vari altri hanno riscontrato la stessa diminuzione; noi stessi nella tbc. polmonare trattata con ergosterina irr. e calcio endovenoso abbiamo registrato una uguale diminuzione.

Questa contraddizione è veramente tale se noi riteniamo che il valore calcemico sia direttamente proporzionato al potere di fissazione del calcio ma non lo sarà più se escludiamo invece una tale interdipendenza. A questo proposito le nostre cognizioni di chimica fisiologica sono quanto mai incerte e i dati raccolti finora sono il più spesso contraddittori avendo i singoli ricercatori voluto trarne affrettatamente delle conseguenze generali. Infatti il livello calcemico non ci dice affatto la direzione presa dal calcio. Noi propendiamo a credere che siano i tessuti a richiedere fondamentalmente un regime costante di calcio per i loro bisogni di vita intraprotoplasmatica e quindi l'assorbimento che in tal modo si determina a spese del plasma sanguigno tende piuttosto a far scendere il valore calcemico durante il periodo di maggiore fissazione nei tessuti.

In altre parole il calcio che è indispensabile per il ricambio terminale allo stato di jone, dovrà trovarsi nella cellula in modo costante, questa quindi lo prenderà dal plasma circolante che al risvegliarsi dell'attività calciopessica presenterà in un primo tempo una tendenza all'ipocalcemia; naturalmente il tasso tornerà gradualmente normale col nuovo apporto del calcio esogeno.

Anche Alessandri e Frugoni in un recente lavoro ritengono che l'ipocalcemia sia l'espressione non già di una deficienza calcica ma all'opposto di una particolare avidità dei tessuti verso questo elemento, con impoverimento del sangue circolante. Ammesso così questo punto fermo si comprende perchè l'ipercalcemia si accompagni secondariamente ad ipercalciuria e l'ipocalcemia ad ipocalciuria. Invece a differenti conclusioni erano giunti Mac Collum e Voigtlin i quali nelle loro ricerche avevano ritenuto l'ipercalcemia espressione della ricalcificazione e l'ipocalcemia conseguenza della decalcificazione.

Resta ora da stabilire quali siano i fattori che determinano le variazioni e mantengono stabile il ricambio calcico oltre la vitamina D. Ricordiamo tra gli accertati lo stato di alcalosi e acidosi del plasma, lo jone potassio, lo jone fosforo e magnesio, e di primaria importanza tra i fattori endogeni il paratormone di Collip. In quale grado questi elementi regolatori del ricambio calcico siano collegati fra loro e quali di essi siano conseguenti o determinanti solo ulteriori ricerche potranno accertarlo. In ogni modo gli joni potassio e calcio sembra siano in rapporto alla coppia di joni agenti in modo antagonista: H e OH —; allorchè il calcio prevale il ricambio Ph tende all'acidificazione, se invece predomina il potassio si avrebbe alcalosi.

Dal punto di vista pratico con i mezzi di cui attualmente disponiamo per cercare di aumentare il potere calciopessico non abbiamo che la somministrazione della paratiroide e l'attinoterapia; gli altri fattori non sono influenzabili direttamente dalla nostra opera.

A noi interessa aver qui dimostrato che possiamo determinare nell'osteomalacia la fissazione del calcio nelle ossa con l'uso dell'attinoterapia diretta e indiretta, ma specialmente con la prima e che tale fissazione si accompagna a diminuzione del tasso calcemico. La spiegazione di tale comportamento potrà la chimica biologica darcela in un giorno che ci auguriamo non lontano; in ogni modo siamo lieti di avere ormai contro una malattia già ritenuta incurabile come l'osteomalacia un'arma potente di lotta nell'attinoterapia. Maggiormente lieti saremo se come in tanti altri campi la clinica al letto del malato avrà precorso la strada della chimica fisiologica.

## RIASSUNTO.

L'A. esposti i nuovi orientamenti scientifici a proposito del ricambio del calcio e del valore che si debba dare alla calcemia per conoscere il potere calciopessico dell'organismo, riferisce i risultati ottenuti da numerosi osservatori negli osteomalacici in seguito al trattamento con ergosterina irradiata o R.U.V. Riporta due casi trattati con tale metodo completato dell'andamento calcemico durante la cura ottenendo risultati buoni specie con i R. U. V. come hanno confermato le radiografie.

Dai dati riscontrati nella calcemia l'A. trova conferma a precedenti ricerche che nello studio del ricambio calcico tendono a dissociare

il valore calciopessico dall'altezza del tasso di calcio nel sangue.

Roma, marzo 1934-XII.

BIBLIOGRAFIA.

BLATT e SALE. *Terapia della rachitide e dell'osteomalacia con dosi massive di viosterolo.* Arch. of pediatr., N. Y., febbr. 1932.

CIPRIANI e ROTTA. *Eliminaz. del calcio nell'osteomalacia trattata con ergost. irr.* Boll. Sc. Biol. Sper., 1928.

GOLDSTEIN. *Il vigantolo nell'osteomalacia maschile.* Wiener Klin. Woch., 1929, n. 7.

FERRO. *Il valore della calcemia in bambini tbc. prima e dopo il tratt. con R. U V. ed erg. irr.* Clin. e Igiene inf., 1931, n. 4.

C FOÀ. *I fattori che regolano il metabolismo normale e patologico del calcio.* Rass. clin. scient. I. B. I., 1934, n. 1-2.

HARVIER e LAFITTE. *Osteomalacia e ergost. irr.* Presse Méd., 1931, p. 1031.

LA CAVA. *Paratiroidi, ricambio del calcio e malattie delle ossa.* Policlinico, Sez. pratica, 1933, n. 28.

ROGER, VIDAL. *Traité de méd.*, fasc. XXI. *Osteomalacia* di SPILLMANN e BENECH, 1924, Parigi.

STARNA. *Calcemia e calciopessi nella tbc. pol.* Policlinico, Sez. pratica, 1933, n. 25.

TRETTENERO. *Su alcuni casi di osteomalacia con partic. riferimento alle cure fisiche e vitaminiche.* Giorn. di Cl. Medica, 1929, n. 10.

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA PRIVATA OSTETRICO-GINECOLOGICA, BARI.

## Carcinoma primitivo dell'ovaio in ventenne?

pel dott. prof. FLORENZO D'ERCHIA, direttore.

Per quanto Winter (1) fin dal 1897 abbia rilevato che la diagnosi differenziale, fra tumori ovarici di piccolo volume a sede pelvica, ed altri processi morbosi utero-annessiali, rappresenti, a volte, un compito assai difficile e tale da far cadere in errore anche il Clinico più valoroso, pur tuttavia ai nostri giorni si sente ancora ripetere dallo Schroeder (2), nel suo recente trattato, che la diagnosi differenziale fra neoplasma ovarico e tumore infiammatorio cronico degli annessi può essere estremamente difficile, *spesso impossibile*, specialmente quando, pur trattandosi di un processo infiammatorio, l'anamnesi non faccia rilevare in precedenza uno stadio acuto.

È per questo e per la rarità dei carcinomi primitivi dell'ovaio, che ho creduto non privo d'interesse d'illustrare il caso occorso alla mia osservazione.

Si tratta di una donna ventenne che afferma di essere figlia di genitori sani, che non ha avuto mai malattie infettive, e d'essere moglie di un uomo sano, come è stato confermato dalla visita da me praticata.

La paziente mestruò a 14 anni, e le successive mestruazioni furono del tutto regolari, per quantità, durata e periodo di ritorno. Dopo tre mesi dal matrimonio le mestruazioni si presentarono due volte al mese, scarse, e qualche volta sotto forma di metrorragie. La paziente avverte un senso di peso al basso ventre, stimolo frequente ad orinare, ed è affetta da stitichezza abituale ed ostinata.

All'esame obbiettivo si rileva trattarsi di donna piuttosto magra con masse muscolari poco valide, scheletro normale, un po' linfatica, e con le mucose visibili rosee. Da parte del torace e dell'addome non si rileva nulla di notevole se si esclude un senso di tensione nel quadrante inferiore destro, che aumenta con la pressione, e la presenza di una massa a sede pelvica, indolente.

All'esplorazione vagino-retto-addominale, si delimita l'utero anteposto ed una grossa massa, più sviluppata a destra anzichè a sinistra, ed occupante lo spazio del Douglas. Si ha l'idea che questa grossa tumefazione isolata ed originata dall'annesso di destra, si porti col suo estremo molto assottigliato, verso l'annesso di sinistra, occupando in gran parte lo spazio del Douglas. La superficie irregolare della tumefazione, elastica in qualche tratto, e dura in altri, fa pensare alla compartecipazione di tutto l'annesso. Non si può sentire il legamento ovarico, e nè si cerca di eseguire la manovra di Hegar-Schultze per provare ad allungare artificialmente il detto legamento, onde evitare stiramenti dannosi, a carico di un possibile processo infiammatorio, tanto più, che nel punto ove il neoplasma è intimamente aderente al retto, col dito esploratore si provoca un vivo dolore.

Manca ogni elevazione di temperatura, ed il polso e le orine sono del tutto normali.

Per quanto, dai rilievi clinici tutto faccia pensare alla presenza di un neoplasma, si rimane peraltro, molto perplessi per la possibilità di un processo infiammatorio cronico.

Per questa incertezza nella diagnosi resa più difficile dall'età giovane della paziente (3), e per quell'indirizzo prettamente conservativo nella terapia delle annessiti, si consiglia una cura risolvente, salvo ricorrere, successivamente, ad un atto operativo laparatomico, se di assoluto bisogno.

La paziente ritorna a casa, ma dopo pochi giorni, si presenta sfiduciata, perchè non può sopportare il dolore rettale, che le cagiona insonnia ed agitazione.

Essa chiede, senz'altro, di essere liberata, una buona volta, con un atto operativo. Si riesamina e ripensando alla possibilità di un neoplasmo ovarico, si interviene.

(1) G. WINTER. *Lehrbruch der Gynakologischen Diagnostik.* Leipzig, Verlag v. S. Hirzel, 1897.

(2) SCHROEDER. *Trattato di Ginecologia.* Unione Tipogr. Editrice Torinese.

(3) A tal proposito, si tenga presente che i carcinomi dell'ovaio, derivati dalle cellule germinali o follicolari, possono svilupparsi con la medesima frequenza in tutte le età, dall'infanzia al post-climaterio (WINTER, MEYER, RUEGG ed altri autori recenti).

Per buona fortuna della paziente si trattava di un tumore solido dell'ovaio a sede pelvica, facilmente asportabile. Dopo avere allacciato, infatti, l'infundibulo pelvico, dopo avere resecato la salpinge dalla sua inserzione all'utero, e dopo avere allacciato e resecato il legamento utero-ovarico, si scollano le aderenze, che il neoplasma presentava con la parete rettale (che viene lesa superficialmente), e con l'annesso dell'altro lato. Suturata la lesione della parete rettale, non si asporta nè l'utero, nè l'annesso dell'altro lato, perchè il tumore ovarico appariva di natura benigna.

Chiuso l'addome, si ebbe un decorso post-operatorio ideale, con adesione per primam. Al 12° giorno la paziente ritornò alla propria casa, e dopo tre mesi rimase gravida e partorì a termine, una bambina vivente e sana.

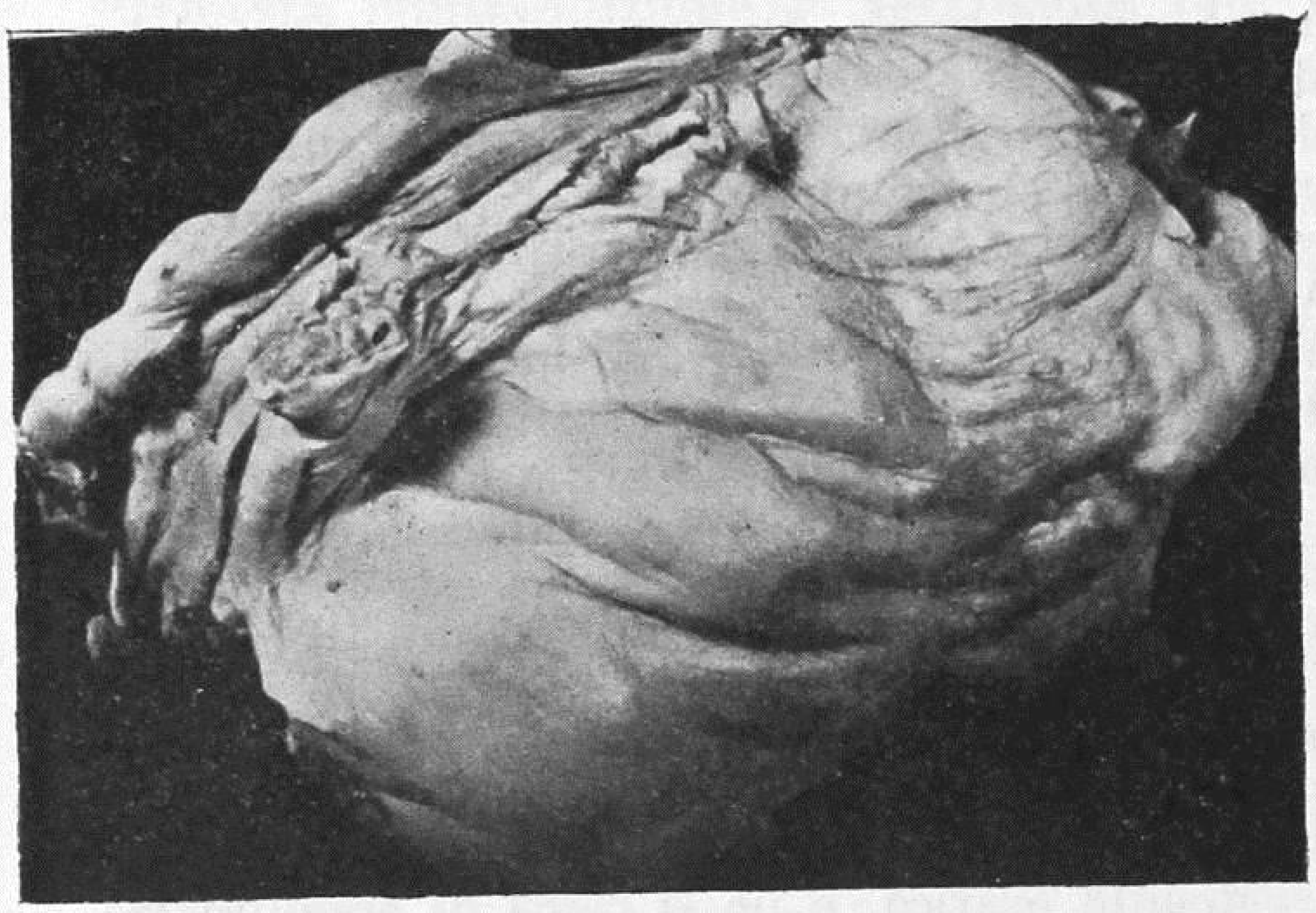


FIG. 1. — Annesso uterino di destra asportato. L'ovaio è trasformato in un tumore. La salpinge è normale. (Carcinoma primitivo dell'ovaio).

Al presente trovarsi in ottime condizioni locali e generali.

Passando all'esame anatomico dell'annesso uterino asportato, e studiandolo dal lato macroscopico, troviamo che esso si presenta a forma di fagiolo, con un estremo piuttosto ipertrofico e tozzo da una parte e dall'altra più assottigliato nel quale punto si presentava aderente all'annesso dell'altro lato.

La superficie esterna (fig. 1) si presenta bernoccoluta ed ha una diversa consistenza, a seconda che si palpa il tessuto denso e duro, o le piccole cisti, che sporgono tese e distese da liquido. Al margine superiore di esso si vede distesa la salpinge, normale, ed i legamenti infundibulo pelvico ed il legamento ovarico. Al margine inferiore si osserva un'abrasione dei tessuti superficiali, là dove il neoplasma era aderente al retto.

Sezionato sagittalmente il tumore si osserva che esso è formato da un tessuto denso grigiastro e da piccole cavità cistiche, delle quali una piuttosto ampia e distesa (fig. 2).

Si asportano dei piccoli pezzi dalla sostanza corticale per l'esame microscopico.

Solo con questa indagine può essere stabilito che trattasi di un carcinoma primitivo dell'ovaio, originato dalle cellule germinative o follicolari.

La fig. 3 infatti lascia vedere tutte le diverse fasi di sviluppo, che si possono cogliere, osservando ad un ad uno i varii follicoli, che si trovano nel campo microscopico.

Ed è così che il follicolo (a) mostra le cellule germinali pressochè normali, con due cumuli proligeri, contenenti ognuno un uovo in degenerazione, mentre il follicolo (b) dimostra un'accentuata prolificazione delle cellule germinali, con formazione di masse neoplastiche, che occupano una parte della cavità interna del follicolo. E nel follicolo (c) si osserva una grossa massa neoplastica (M. n.) dalla quale è stata rilevata la immagine della fig. 4, a forte ingrandimento.

Ma di queste masse neoplastiche talune, interrompendo la continuità della parete del follicolo, migrano nello stroma ovarico (M. n. migr.) dove si

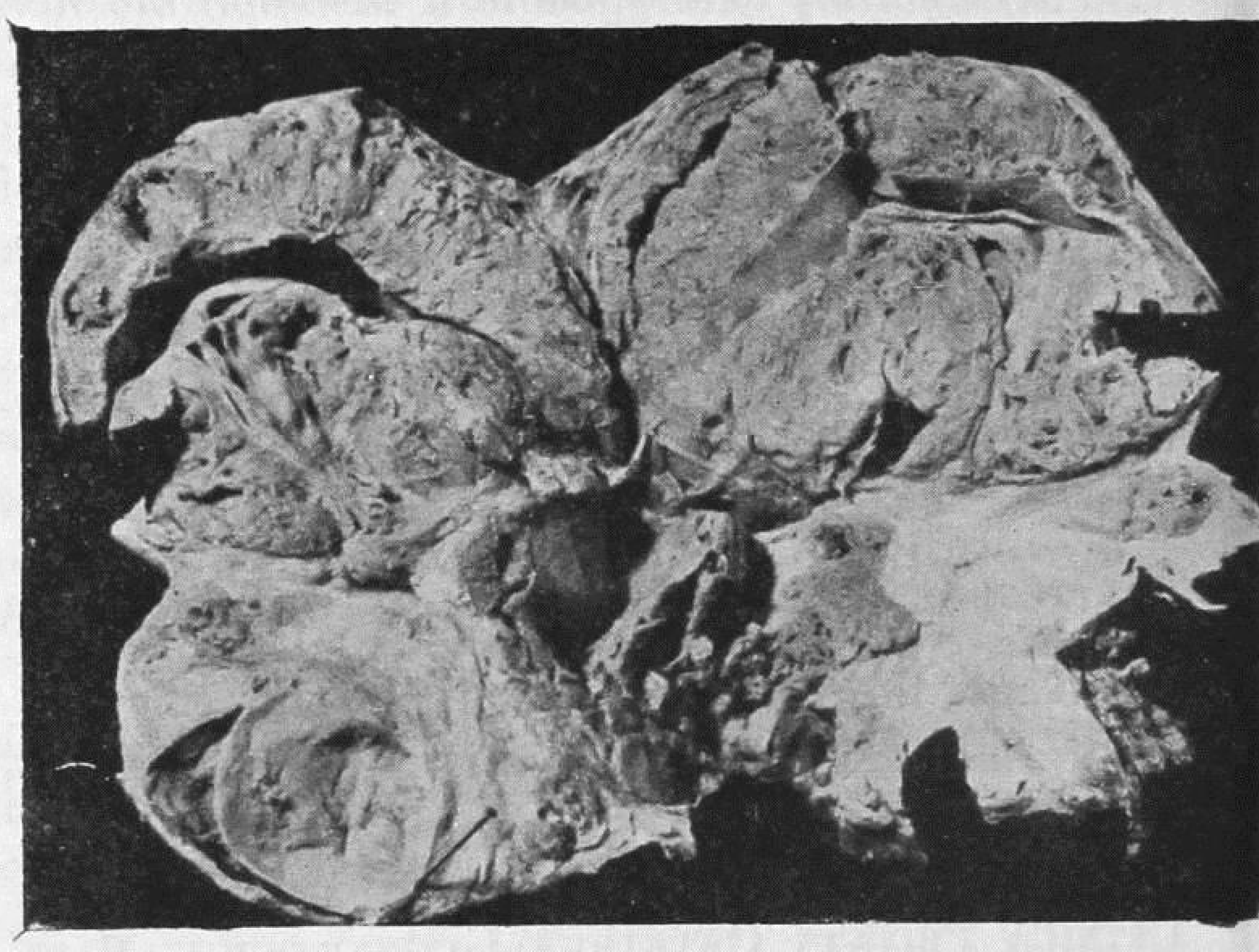


FIG. 2. — Il carcinoma ovarico sezionato sagittalmente.

ritrovano altre grosse masse, che sembrano come indipendenti da quelle endofollicolari (M.n. ex). A più forte ingrandimento, poi, non solo si constata che le suddescritte masse sono formate da cellule neoplastiche con figure cariocinetiche (figura 4), ma la stessa disposizione, ed il comportamento del protoplasma di queste cellule rimangono variati.

Così le cellule riportate nella fig. 4 lasciano vedere dei contorni protoplasmatici indistinti, con qualche prolungamento, che si fonde con quello della cellula vicina. Non mancano però dei tratti nei quali si osserva una fusione completa del protoplasma di un gran numero di cellule, di modo che i nuclei sferici, piccoli, di media grandezza e giganti sono disseminati in questa sostanza protoplasmatica uniforme, come nel sarcoma.

Ma a dare altri quadri di questo neoplasma, concorrono ancora molte cellule epiteliali neoplastiche, poste fra le fibre connettive ed i vasi dello stroma ovarico, così da avere delle immagini istologiche, che si avvicinano a

quelle del sarcoma. Trattasi invece di un carcinoma *primitivo genuino* dell'ovaio originato dalle cellule germinali, come lo definisce Meyer Ruegg (4), e diagnosticato solo microscopicamente.

Da queste mie ricerche risulta inoltre che il neoplasma è stato originato dalle cellule germinali dei follicoli ovulati e forse anche da quelli non ovulati (resti di elementi epiteliali dei tubi di Pflüger), che hanno resistito, eccezionalmente, nella vita extrauterina e che, nel mio caso, sarebbero rappresentati da talune di quelle masse neoplastiche extrafollicolari (fig. 3 M. n. ex.) del tutto indipendenti da quelle intrafollicolari.

Si tratterebbe, cioè, secondo Walthard, di quegli avanzi embrionali di elementi follicolari, insufficientemente differenziati, e suscettibili di assumere carattere di proliferazione progressiva ed eventualmente maligna.

***

Ed ora mi sia dato di porre in rilievo quei sintomi, che, raccolti con l'esame clinico del mio caso, e dalla letteratura, potranno far parte di quel quadro semiologico, che ci potrà dare l'allarme circa la possibile presenza di un tumore maligno dell'ovaio, che, asportato tempestivamente, nella prima fase del suo sviluppo (5), potrà diminuire la mortalità, ed, in casi, come questo illustrato, produrre un *aumento della natalità*.

È così degno di nota che, nell'anamnesi della paziente, non si rilevò nessuna forma




FIG. 3. — Sezione microscopica di un pezzo del neoplasma ovarico prelevato dalla corticale. F. (a) follicolo *a* di Graaf; F. (b) follicolo *b* con piccole cistoline (p. c. p.) nella tesa; M. n. i f. = massa neoplastica intrafollicolare; M. n. mig. = masse neoplastiche migranti e fuoriuscite dal follicolo; M. n. ex. massa neoplastica extrafollicolare, originata dagli avanzi dei tubi di Pfluger.

(4) H. MEYER-RUEGGE. *Ginecologia*. Unione Tip. Editrice Torinese, 1928.

(5) Per le stesse neoplasie, nella seconda fase di sviluppo, con diffusione agli organi vicini, vedi: G. SANNICANDRO. *Errori diagnostici in tema di neoplasie maligne dell'ovaio*. La Clinica Ost., 1932.

infettiva locale e generale, tanto da parte dei genitori della donna quanto da quella di essa e del marito. Le turbe mestruali senza precedenti infiammatori potevano essere spiegate per la disfunzione ovarica, o per un'ipertrofia dell'endometrio dovuta a tossine, provenienti, secondo l'Alfieri, dal neoplasma oppure per eccessivo assorbimento di *follicolina*, prodotta in gran quantità da questi tumori.

Questi sintomi sono anche comuni a fatti infiammatori utero-annessiali ma assenti nel mio caso, mentre le dette metrorragie aperiodiche potevano avere considerevole valore nella diagnosi del neoplasma ovarico.

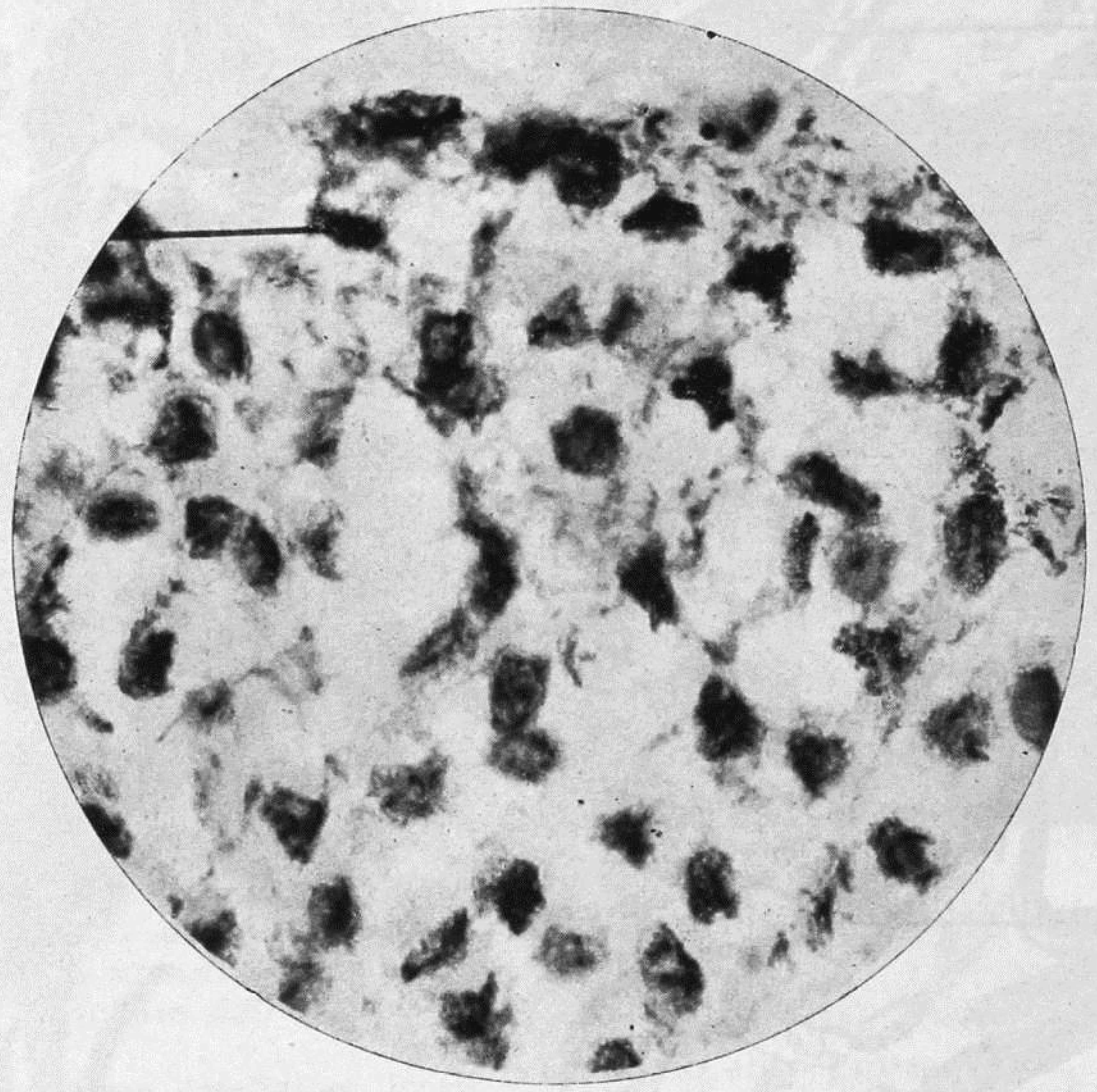



FIG. 4. — Una piccola parte della massa neoplastica del follicolo *c* visto a forte ingrandimento. F. c. = fig. carcinetica.

Inoltre, con l'esplorazione vagino e rettoaddominale la grossa massa annessiale si presentava come del tutto indipendente da quel conglomerato degli organi vicini e da essudati pelvici peritoneali o del connettivo pelvico fino nelle pareti del bacino, come si osserva di solito nelle annessiti.

Questa indipendenza del neoplasma, nel mio caso, però, non era assoluta, inquantochè vi era una tenace aderenza di esso alle pareti rettali, nel qual punto si suscitava un vivo dolore con la pressione del dito esploratore, proprio come quello che si provoca nelle annessiti.

Questo dolore, peraltro, era sintomatico della peritonite adesiva da inizio della seconda fase, quella della invasione agli organi vicini. Naturalmente, per poter differenziare il dolore rettale da invasione del neoplasma, da quello di un processo infiammatorio, si poteva far tesoro del quadro globulare con la ricerca di una leucocitosi o iperleucocitosi, e della reazione di focolaio, con vaccini specifici, e differenziare così le due forme morbose.

Oltre a questi ausili potremo anche tener presente un segno messo in vista dal Winter, e cioè dell'edema precoce degli arti inferiori nei casi di piccoli tumori solidi, già maligni, dell'ovaio, ancora a sede pelvica, per quanto questo sintoma lo abbia osservato in un carcinoma dello stomaco.

A meglio, però, approfondire le nostre indagini cliniche potremo far tesoro dell'esame ginecologico in narcosi. e più ancora della laparatomia esplcratrice, senza insistere troppo nella cura medica aspettante.

## RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di carcinoma primitivo dell'ovaio, derivato dalle cellule germinali o follicolari, e prospetta le grandi difficoltà diagnostiche differenziali fra i tumori solidi piccoli dell'ovaio, a sede ancora pelvica, e le altre affezioni morbose utero-annessiali.

L'A. è del parere che per potere superare dette difficoltà, sia indispensabile largheggiare nell'esame ginecologico in narcosi, ed in qualche caso far uso della laparatomia esplorativa, e ai fini diagnostici, e per eseguire l'asportazione tempestiva di tutti i tumori solidi dell'ovaio, fra i quali, come nel suo caso, possono trovarsi carcinomi, diagnosticabili solo microscopicamente.

---

# TECNICA CHIRURGICA

OSPEDALE CIVILE S. SALVATORE DI PESARO

Direttore e chirurgo primario: prof. C. COSTA.

## Di una modifica al metodo Postempsky per la cura radicale dell'ernia inguinale.

Dott. ALDO QUATTROCCHI, assist. chirurgo.

Premetto che noi usiamo praticare nella grande maggioranza dei casi l'operazione di Bassini e non abbiamo a lamentarcene, in quanto essa ci ha dato sempre ottimi risultati. Pratichiamo l'operazione di Postempsky soltanto in casi determinati, in cui essa pare darci garanzia più sicura a prevenzione delle recidive; e precisamente nei soggetti vecchi, in cui lo stato flaccido, atrofico dei muscoli, non consente di ricostruire una parete posteriore forte al canale inguinale; nelle ernie voluminose incontenibili di vecchia data, in cui pressapoco lo stato del piano muscolare è riportabile a quello sopradescritto; e finalmente l'abbiamo praticata spesso nei reinterventi per recidiva. Non l'abbiamo mai praticata nei bambini.

L'operazione di Postempsky si fonda sullo spostamento stabile sottocute del cirdone, ossia al davanti dell'aponevrosi del grande obliquo suturata in massa coi muscoli piccolo obliquo a trasverso al margine della gronda di Falloppia ed al margine inferiore dell'aponevrosi del grande obliquo.

In questo modo però viene a formarsi un affardellamento di tessuti con esito in una cicatrice profonda grossa e dura, che effettivamente non è di soddisfazione; è tecnicamente antiestetica, e potrebbe anche causare inconvenienti, compromettendo la stabilità del piano neo-formato per ovvie ragioni. Per evitare questo noi abbiamo apportato la seguente modifica al metodo originario.

Praticato il taglio cutaneo partendo in alto all'altezza della spina iliaca anteriore superiore a tre dita medialmente e dirigendosi in basso verso l'orifizio esterno del canale inguinale bisogna avere cura di incidere l'aponeurosi del grande obliquo in alto, medialmente e all'orlo superiore dell'anello esterno, in modo da avere un buon margine inferiore dell'aponeurosi medesima. Si sloggia secondo il metodo preferito il convoluto dell'ernia dalla gronda e lo si tratta come d'uso. Quindi spostato verso l'esterno il cordone spermatico, si procede alla ricostruzione delle pareti nel seguente modo:

Si costruisce un primo piano suturando con punti staccati in catgut n. 6 il margine superiore dell'aponeurosi del grande obliquo unitamente al piano muscolare sottostante con il margine posteriore del legamento di Poupart. In basso bisogna stare attenti che la sutura morda sul periostio del pube, ed in alto che sia fatta in modo da dare per un breve tratto quasi un decorso ascendente al cordone spermatico, fargli fare cioè la gomitatura come si usa nella Bassini; in tutto il tratto poi è necessario includere la muscolatura sottostante e non il solo orlo aponeurotico del lembo superiore.

Ciò fatto e dopo essersi assicurati colla vista e col tatto della perfetta riunione di questo piano, si procede alla costruzione di un secondo piano soprastante riunendo il margine inferiore all'aponevrosi del grande obliquo alla sua faccia anteriore con punti di catgut n. 4, il quale margine viene così ribattuto e disteso, senza costituire più un inutile fardello serrato nella prima sutura, ma invece utilizzato per costruire un piano di rinforzo alla parete, la quale ne sarà indubbiamente avvantaggiata. Questa sutura viene a trovarsi non sovrapposta all'altra, ma a sufficiente distanza di oltre un centimetro dalla sottostante se l'incisione dell'aponeurosi del grande obliquo è stata fatta a dovere. Si termina l'operazione collocando in posizione sottocutanea il cordone, facendovi sopra un piano suturando la tela sottocutanea con catgut n. 2 e la pelle in agrafes.

Abbiamo praticata l'operazione di Postempsky così modificata, e se pur ancora non abbiamo avuto modo di controllarne i risultati a distanza, tuttavia essa ci è parsa durante l'atto operatorio di pratica utilità e soddisfacente alle esigenze estetiche che una operazione chirurgica comporta.

RIASSUNTO.

L'A. descrive una modifica apportata alla operazione di Postempsky per la cura radicale dell'ernia inguinale.

# RIVISTE SINTETICHE.

## Dermatosi pigmentaria progressiva di Schamberg.

Prof. VINCENZO MONTESANO (Roma).

La dermatosi che Schamberg descrisse nel 1901 col nome di « peculiare malattia progressiva pigmentaria della pelle » è un'affezione rara di cui fino a qualche anno fa si conoscevano soltanto una trentina di casi e di questi non più di 3 o 4 nell'Europa continentale.

In questi ultimi tempi, come può vedersi dall'esteso elenco bibliografico del lavoro di Meirowsky (*Schambergsche Erkrankung*, Handbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten, pubblicato da J. Jadassohn, vol. IV-II), sono apparse numerose nuove osservazioni anche per opera di dermatologi italiani (Balbi, Bagnoli, Oro, Ronga, Sannicandro, Tornabuoni), e la malattia ha avuto diverse denominazioni: « purpura pigmentosa perstans », « purpura haemosiderica perstans et progressiva », « haemosiderosis maculosa perstans », « siderosi dermo-epidermica », « dermatitis purpurica lichenoides atrophicans » (Oro)...

Probabilmente non tutti i casi pubblicati, e la stessa diversità nella nomenclatura ne è una riprova, appartengono al tipo morboso fissato da Schamberg e che alcuni AA., a torto pare, identificano con la *purpura anulare telangectasica* del Majocchi (1), ma debbono riferirsi ad entità cliniche più o meno ad esso affini dal punto di vista morfologico: non sarà dunque inopportuno riassumere brevemente quello che fino ad ora ci è noto sull'argomento.

La dermatosi di Schamberg è caratterizzata da chiazze pigmentate, grandi e piccole, localizzate a preferenza sulla cute degli arti inferiori ed alla cui periferia si scorgono punticini rossi che non scompaiono durante la vetro-pressione.

Queste macchioline rosse, le quali rappresenterebbero l'efflorescenze primarie ed in una prima fase sarebbero prive di pigmento, sono caratterizzate dall'aspetto e dal colorito simili a « grani di pepe di Caienna », che sogliono assumere di poi, e costituiscono l'elemento morfologico tipico ed essenziale della malattia.

Fra le efflorescenze primarie peraltro, oltre a delle telengectasie, alcuni AA. hanno osservato macchie purpuriche e considerano perciò i « grani » stessi come tante piccole petecchie dovute ad emorragie micro-capillari, con successiva pigmentazione opaco-pallida: alla loro periferia, col capillaroscopio, possono osservarsi ectasie vasali serpiginose.

Non sempre queste alterazioni puntiformi petecchiali secondo alcuni, sono constatabili, specie là dove l'epidermide è più spessa: esse però possono ingrandirsi, fondersi con elementi vicini e dar così luogo a focolai che assumono varie tinte: bruna, bruno-scura, gialla, rossiccia e simili, con margini irregolari, di rado anulari, talvolta serpiginosi, geografici, ecc.

Le macchie sogliono lentamente scolorirsi sino ad assumere una tinta caffè-latte e quando, come talvolta accade, la spontanea involuzione di alcuni focolai coincide con l'insorgere di elementi nuovi, si possono vedere chiazze in via di decolorazione inframmezzate da tipici elementi bruni simili ai grani di pepe di Caienna.

Gli elementi primarii, puntiformi di solito, possono raggiungere la grandezza di una testa di spillo e, ad evoluzione completa, anche quella delle monete da un soldo, della palma di mano di un bambino e talora anche maggiore.

Non mancano osservazioni di fatti di atrofia nel centro delle macchie, che dà loro un aspetto simile ad un leucoderma, ed anche di minima desquamazione. Nei casi classici non sono stati notati nè elementi papulosi nè fenomeni di lichenificazione, per quanto alcuni AA. abbiano descritto rilevatezze papulose follicolari onde il nome dato a questa malattia di *dermatite lichenoide atrofizzante*.

Come si è detto, l'affezione colpisce a preferenza le estremità inferiori: in qualche caso si osserva anche negli avambracci ed in altre regioni del corpo (regioni esterne delle braccia, palma delle mani, spalle, petto, collo, volto, addome, natiche, ecc.). In genere le manifestazioni sono disposte in modo simmetrico: talvolta sono però da un lato solo. Mancano disturbi subbiettivi, salvo, ma non sempre, lieve prurito. Per lo più sono colpite persone di sesso maschile, non peraltro esclusivamente, ed a preferenza soggetti giovani al disotto di 20 anni; ma è stata osservata anche in persone sessantenni e, per inverso, in un bambino di dieci anni in cui verisimilmente la dermatosi esisteva sin dalla nascita.

Dal punto di vista *istologico*, per quanto riguarda l'epidermide, le osservazioni non sono del tutto concordi. Alcuni notarono lieve invasione di polinucleati, che in qualche caso formavano una raccolta a guisa di ascesso epidermico, atrofia dell'epidermide con assenza del reticolo malpighiano, il quale però altre volte si presentava aumentato, con appiattimento delle papille e lieve ipercheratosi.

Sono poi stati descritti fenomeni di edema, paracheratosi, acantosi, ipercheratosi follicolare, presenza di grande quantità di pigmen-

---

(1) Cfr. in proposito l'esauriente memoria di L. CIARROCCHI: Purpura annularis telangiectodes Maiocchi. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 1931-VI, con bibliografia.

Vedi pure BAGNOLI: *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, 1932-VI.

to in piccoli granuli, contenenti ferro, in mezzo alle cellule del Langerhans, ecc.

Nel derma sono caratteristici infiltrati a focolai o nastriformi, papillari o subpapillari, talvolta estesi sino al sottocutaneo, con disposizione perivasale in alcuni casi, in altri raggruppati intorno alle glandole del sudore, alle glandole sebacee, ai follicoli piliferi.

L'infiltrato è composto di linfociti, polinucleati, scarse cellule epitelioidi e qualche cellula connettivale stellata od allungata, di rado cellule giganti. Qualche autore ha osservato intorno ai vasi cellule stellate, allungate, riunite fra loro per mezzo di sottili fibre protoplasmatiche contenenti granuli di pigmento che davano la reazione del ferro: altri descrivono una proliferazione delle cellule reticolo-endoteliali perivascolari con pigmento contenente ferro.

Anche alterazioni vasali propriamente dette possono essere presenti: dilatazione dei vasi linfatici e sanguigni, con proliferazione dell'endotelio, endo-arterite e neoformazioni capillari, obliterazione dei vasi per proliferazione dell'intima, ecc.

Solo in rari casi sono state osservate piccole emorragie capillari e raccolte ematiche amorfe, ciò che però prova la possibilità nella malattia di Schamberg, come nella purpura Majocchi, di uscita di sangue per « rhexin » oltre che per « diapedesin ».

Il tessuto elastico e il connettivo sono per lo più normali, salvo in qualche caso una diminuzione dell'elastina ed una degenerazione jalina connettivale.

In corrispondenza dei tratti atrofici furono osservati ispessimento dell'epidermide, compressione delle ghiandole sudoripare, riduzione del collageno, rottura e rarefazione del tessuto elastico.

Notevole è la presenza di pigmento in finissimi granuli disposti irregolarmente a piccoli gruppi separati fra di loro, a preferenza negli strati subpapillari ed intorno alle glandole sudoripare ed anche nelle vicinanze dei vasi e negli endotelii vasali, alterati e rigonfi. Con il bleu di Prussia essi danno la reazione dell'emosiderina.

Granuli di pigmento furono pure riscontrati nello strato basale ed in quello del Malpighi e specialmente nelle cellule del Langerhans ed anche negli spazii interspinosi.

A proposito dell'interessante e dibattuta questione sugli scambi dermo-epidermici del pigmento emosiderinico, Bagnoli (lav. cit.) ricorda il lavoro di Pautrier e Diss sul trasporto del pigmento ferrico dal derma verso l'epidermide per mezzo delle cellule del Langherhans in senso inverso al trasporto del pigmento melanico che va dall'epidermide verso il derma: lavoro nel quale si emette perciò l'ipotesi che il substrato anatomico della dermatosi di Schamberg sia una siderosi dermo-epidermica. Le ricerche eseguite dal Bagnoli per altro, attraverso numerose sezioni, pur attenendosi alla tecnica ed al metodo di Pautrier e Diss, non hanno confermato quanto è stato asserito dagli AA. francesi (1).

Il reperto sanguigno ha fatto rilevare in alcuni casi un aumento del contenuto di colesterina nel siero.

Notevoli variazioni nel numero degli eritrociti e dei leucociti furono riscontrate da varî AA.; così pure nel contenuto emoglobinico, nella rapidità della coagulazione e della sedimentazione: poichilocitosi, anisocitosi, ecc.

Nei soggetti colpiti dalla dermatosi di Schamberg furono contemporaneamente osservati tubercolosi, lupus eritematoso, diabete, anemia progressiva, cheratodermia palmare, ipovagotonia, disturbi cardiorenali con aumento di pressione, nefrite, sifilide tardiva.

Per la diagnosi differenziale (cfr. Meirowsky, lav. cit.) vanno tenuti presenti:

1) L'*angioma serpiginoso* di Hutchinson, particolare forma di dermatosi serpiginosa nevoide infettiva (angioma infettivo, naevus-lupus, ecc.) che si osserva nell'infanzia o nella età dello sviluppo, può presentarsi in quasi tutte le regioni del corpo, per lo più bilaterale, a preferenza nel sesso femminile. La lesione primitiva è un piccolo angioma che si sviluppa perifericamente dando luogo a forme anulari con atrofia centrale in corrispondenza della quale la pelle è decolorata.

Clinicamente si distingue dalla malattia di Schamberg per le lesioni iniziali (angiomi e non macchie a mo' di grani di pepe di Caienna) e per l'aspetto abitualmente anulare dell'eruzioni al loro completo sviluppo.

Con tutto ciò vi sono dei casi in cui il quadro clinico ricorda molto da vicino quello della dermatosi di Schamberg, e resta perciò aperta la questione se esista o pur no un qualche rapporto fra le due affezioni.

Dalla malattia di Schamberg vanno poi distinte la *dermatosi pigmentata e purpurica delle gambe* o *pigmentazione emosiderinica* o anche *dermite giallo d'ocra*, consistente in macchie, più o meno nettamente delimitate, alle gambe, di colorito violaceo o bruno, disposte a reticolo con piccole emorragie cutanee dovute a disturbi circolatorii da varici locali o da arteriosclerosi causata da nefrite, gotta, diabete, sifilide; l'*emosiderosi racemosa* (reticolare) *progressiva delle persone anziane;* la *purpura angiosclerotica pruriginosa* con elementi lichenoidi, assai simile per la morfo-

---

(1) Sul meccanismo della formazione del pigmento nella malattia di Schamberg si confronti il lavoro sulle emosiderosi cutanee (*Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, 1934, II, con bibliografia) del Sannicandro, al quale dobbiamo pure l'osservazione di un caso di sindrome di Schamberg su base ittero-anemica-emolitica forse non essenziale, ma di natura probabilmente luetica (*Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 1932, V).

logia a varietà atipiche di lichen piano atrofico; la così detta *neurodermite disseminata delle gambe e dei piedi* di Habermann; la *dermatite lichenoide purpurea e pigmentata* di Gougerot e Blum, dallo stesso Schamberg considerata affine ma non identica alla malattia che porta il suo nome e che Klingmüller interpreta come una speciale alterazione della pelle cui dà il nome di *paralichen;* la *dermatosi pigmentata e purpurea delle membra inferiori* di Schwarzmann; il *sifiliderma nummulare con porpora e gangrena delle estremità inferiori* di Favre; l'*angiodermite pigmentata e purpurica delle membra inferiori;* l'*esantema degli arti inferiori da adalina*, caratterizzato da porpora e macchie pigmentarie, disposte in forma anulare con presenza ai margini di minime petecchie e di piccole ectasie vasali e che avrebbe molta affinità con la malattia di Schamberg ed anche con la porpora telangectoide del Majocchi la cui origine tossica, com'è noto, è stata segnalata da molti AA.

La diagnosi differenziale fra la malattia di Schamberg e quella di Majocchi è spesso assai difficile: dominano in quest'ultima l'aspetto anulare delle macchie che sogliono estendersi perifericamente, la loro disposizione simmetrica, la loro sede negli arti inferiori a preferenza, qualche volta nelle regioni glutee e lombari, raramente altrove, mai sul viso: esito spesso (ma non sempre) in lieve atrofia ecc. Con tutto ciò risalta una certa analogia fra la malattia di Schamberg e la porpora anulare del Majocchi e, come dice Meirowsky, non v'ha alcun sintoma nell'una che non possa trovarsi anche nell'altra.

La presenza di forme lichenoidi e di lichenificazioni secondarie non apparterrebbe al complesso dei sintomi cardinali della malattia così come fu descritto per il primo da Schamberg: esistono però, come si è già detto, osservazioni in contrario di numerosi AA.: resta quindi a vedere se i casi clinici descritti da questi ultimi debbano o pur no essere distinti dalla vera dermatosi progressiva pigmentaria di Schamberg.

Per quanto riguarda la *patogenesi*, la malattia di Schamberg non può considerarsi come un'affezione esclusivamente locale (varici) ed è necessario perciò pensare a fatti d'indole generale di cui sarebbero indici l'aumento del contenuto di colesterina nel sangue, le alterazioni nel numero degli eritrociti, il ritardo nella coagulazione, la trombopenia. I vasi, per cause sconosciute sono dilatati, onde teleangectasie e porpora, proliferazione dell'intima, disturbo nella permeabilità dei vasi stessi, passaggio della sostanza colorante del sangue e degli eritrociti con trasformazioni in pigmento ematico. Bisogna perciò pensare a cause generali che agiscano sui vasi (alterazioni senili dei vasi con deposito di colesterina, azione di tossine da infezioni tonsillari o dentarie, influenza di cure antiluetiche eccessive (Hg) o, quando manchino grossolane manifestazioni istopatologiche, ad alterazioni di natura biochimica (diminuzione di lipoidi).

Se ammettiamo che un indebolimento costituzionale del sistema vasale ne aumenti la disposizione a risentire l'azione aggressiva dei veleni nelle malattie croniche, infettive o diatesiche, possiamo spiegarci i casi di morbo o sindrome di Schamberg accompagnati da tubercolosi latente (tuberculide? v. Oro, *Riforma medica*, 1928, II, 1176-1182), anemia, cianosi, lupus eritematoso, disturbi cardiorenali ecc., che ne influenzano il quadro morboso.

Secondo Gottron (citato da Meirowsky) nella malattia di Schamberg, che egli peraltro identifica con la porpora anulare telangettoide di Majocchi, il quadro clinico è basato su di una diatesi vasomotoria congenita con indebolimento del sistema capillare che porta ad una predisposizione dei piccoli vasi a contrarsi più prontamente (soggetti vasoneurotici, « homines vasomotorici »).

Può darsi che questa ipotesi abbia un fondamento di vero e che malattie croniche, infettive o del ricambio, disendocrinie (surrenali) ecc., e forse anche traumi continui o ripetuti (gambali di cuoio, cfr. Ronga, *Arch. It. di Derm. Sifilografia e Vener.*, 1926, II) concorrano a fare sviluppare il quadro della sindrome di Schamberg su di un terreno nel quale i vasi siano congenitamente predisposti a risentire maggiormente le influenze morbigene di vario genere che si esercitano su di esso.

Ne deriva che la *cura* di questa dermatosi, non grave di per sè, ma fastidiosa per la sua lunga durata e per la tendenza a propagarsi in nuovi focolai, debba essere diretta, oltre che a modificare per quanto è possibile i disturbi locali (prurito ecc.), a combattere, caso per caso, le cause morbose in genere, a cui è, presumibilmente, legata.

# SUNTI E RASSEGNE.

## SISTEMA NERVOSO.

### Cura dell'emicrania.

(W. C. Alvarez. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.*, 10 gennaio 1934).

L'emicrania è una delle infermità più comuni dei popoli civili. E se la grande maggioranza degli attacchi sono brevi e passeggeri, tuttavia ogni medico sa che non mancano malati che vengono esclusi periodicamente da ogni attività da violenti e lunghi accessi di emicrania, e per i quali egli ha ormai esaurito tutto il suo armamentario terapeutico e inutilmente cerca di scoprire qualche cosa che possa recare loro qualche giovamento.

Poichè la terapia dell'emicrania è quanto di più soggettivo — per così dire — vi può essere, e tante sostanze e tanti espedienti sono stati tentati, uno dei quali può forse riuscire di aiuto ad uno dei mille sofferenti, non sembra superfluo riunire in una trattazione di insieme tutti, o quasi, i mezzi di cui dispone l'armamentario terapeutico per combattere questa infermità.

L'emicrania — affezione eminentemente ereditaria — è comunemente riferita a disturbi circolatori dipendenti da abnormi attività del sistema neuro-vegetativo in qualche regione particolarmente irritabile del cervello. Tali squilibri della regolazione neurovegetativa sono stati riferiti ai più svariati meccanismi e sono stati messi in rapporto con i più diversi sistemi. Andrà sempre ricordato però che nella grande maggioranza dei casi non unica ma multipla è la causa dell'alterazione funzionale che determina l'accesso. È, per esempio, di osservazione corrente il fatto che emicranici dispeptici, corretta la dispepsia, dopo un breve periodo di benessere, tornano alla loro infermità.

Un gran numero di donne sofferente di emicrania presenta disturbi mestruali: è stata di recente riferita la manifestazione morbosa ad una eccessiva produzione di prolan — uno degli ormoni preipofisari.

Rientra così anche l'ipofisi nel già noto ingranaggio della emicrania da turbe genitali. Si sa a tale proposito che una gran parte dei casi di emicrania mestruale migliora con l'entrata dell'inferma in menopausa: va tuttavia tenuto presente che la menopausa artificiale darebbe la guarigione soltanto nella metà dei casi.

Ad ogni emicranico va fatto un accurato esame della vista — e va con cura corretto l'occhiale eventualmente difettoso che egli è solito portare.

Non pare vi siano rapporti tra affezioni dentarie di per sè non dolorose ed emicrania. Andrà invece attentamente ricercata una eventuale sinusite.

Sono stati incriminati particolari alimenti, ma, salvo che in casi di accertata anafilassi, non sembra che questa causa morbosa sia da tenersi in gran conto.

Ben altra importanza hanno invece le turbe di ordine psichico. Si può dire che in varî casi, se non può essere mutata la situazione domestica, ben difficilmente il medico potrà ottenere un successo da un intervento medicamentoso.

#### Misure atte a prevenire gli attacchi.

Si raccomanderà all'infermo di dedicare più tempo al lavoro fisico e meno a quello mentale. Il malato non si sottoporrà a sforzi psichici alla sera, e, se il sonno non è di per sè facile, esso sarà favorito con piccole dosi di luminal o di bromural.

I malati ben nutriti dovranno ridurre la dieta al *minimum* sufficiente a mantenere il peso. Quelli ipernutriti dovranno ridurla ancora di più. È stato usato con successo un vitto del tipo chetogeno (ricco di grassi). Saranno evitati gli alimenti che con facilità danno luogo a putrefazioni (carni, uova ecc.). Si farà in modo di correggere una eventuale stipsi.

È stato largamente usato il calcio come sedativo nervoso: si fa uso di preparazioni farmaceutiche di gluconato di Ca per via orale (1-2 gr. al giorno).

L'A. riferisce di avere ottenuto buoni risultati mediante la proteinoterapia, praticata con peptone (da 0,5 a 2 cc. della soluz. al 5 % due volte alla settimana, endovena), tubercolina, vaccino tifico, latte (aolan).

Pare che l'ergotamina (ginergen) in dose di 0,5 mmg. intramusc. 2 volte al giorno possa prevenire l'accesso. È stata anche usata la cannabis indica (0,016 gr. di estratto tre volte al giorno prima dell'accesso) ma con risultati discordanti.

In circa una metà dei casi, quando gli accessi emicranici si succedono a intervalli di pochi giorni, dà giovamento la somministrazione di luminal (0,05 gr. al mattino e alla sera). Quando gli accessi vengono a grandi intervalli e sono preavvertiti nella notte precedente, la somministrazione di 10 ctg. di luminal alla sera può avere azione abortiva.

Abbiamo già veduto che l'emicrania è stata riferita ad una eccessiva produzione di prolan: e poichè pare che prolan e increti ovarici abbiano attività antitetiche, si è tentato nella cura dell'emicrania, connessa con disturbi mestruali, l'impiego di alcuni ormoni ovarici di recente isolati (Theelin 1-2 cc. ipoderm. a giorni alterni nella settimana che precede la mestruazione, ovvero una o due volte la settimana se la mestruazione è irregolare; Progynon 2 tavolette tre volte al giorno per 10 giorni prima della mestruazione).

#### Cura dell'accesso.

Si può dire che ogni malato ha un suo metodo personale per tentare di troncare l'accesso al suo inizio: alcuni si giovano nel recarsi

subito in un luogo buio e silenzioso, altri prendono una tazza di caffè forte o un bicchiere di liquore. Si dice che la compressione delle carotidi può talora troncare un attacco.

Alcuni traggono giovamento da una dose di solfato di magnesio o di olio di ricino. Molto usate, specie per alleviare e accorciare l'accesso sono le comuni cartine antinevralgiche. Ricordiamo quelle composte di circa 30 ctg. di fenacetina, o di antipirina, o di acetanilide, o di piramidone. Talora vengono aggiunti la codeina (0,02-0,06), la caffeina (0,03-0,06), la cannabis indica (0,005-0,015), il luminal (0,05-0,10). Gli impacchi freddi sul capo giovano specie contro la nausea. Quando la nausea e il vomito non permettono la somministrazione dei rimedi per bocca, è necessario ricorrere alla via rettale: si farà uso di suppositori contenenti Dilaudid (0,002), caffeina (0,06), fenacetina (0,12), estratto di giusquiamo (0,03) o di clisteri di bromuro di potassio (1-2,5 gr.) o di idrato di cloralio (0,6-1,5 gr).

Talora dà risultati l'iniezione di estratto ipofisario anteriore o di Gynergen anche nella cura dell'accesso emicranico. Sono state anche usate l'adrenalina (0,6-1 cc.) e la nitroglicerina (0,0005). Sembra che possa essere di ottimo effetto l'iniezione endovenosa di 10 cc. di tiosolfato al 10 %.

Sono stati così ricordati molti metodi e molti farmaci che il medico dovrà tentare ad uno ad uno, perchè forse troverà così alfine quello che sarà di giovamento al suo malato.

Va ricordato però che spesso, per il costo eccessivo di molti degli estratti ora consigliati, il paziente non potrà tentare queste terapie. E sarà sempre onesto che il medico faccia presente al malato la somma incostanza dell'azione di questi rimedi. PUDDU.

## Le neuralgie artrogene.

(A. SAXL. *Wiener Klinische Wochenscrift*, n. 2-3, 1934).

Le affezioni articolari, specie se infiammatorie, sogliono essere accompagnate, oltre che da dolori nel territorio delle articolazioni colpite, anche da dolori più o meno lontani. Questi dolori irradiati possono assumere la forma di neuralgie, e con tanta frequenza che in ogni caso di dolore neuralgico o neuritico conviene tener presente siffatta possibilità e procedere all'esame delle articolazioni che sono in relazione con i nervi compromessi.

Le relazioni reciproche tra articolazioni e nervi, che spiegano la comparsa dei dolori riflessi, sono sopratutto costituite dalle fibre nervose che si distribuiscono ai tessuti articolari e periarticolari e provengono dai grossi tronchi vicini.

L'innervazione delle articolazioni intervertebrali è molto semplice, in quanto essa è provvista dai corrispondenti nervi spinali o intercostali.

L'innervazione della spalla è fornita dal nervo soprascapolare, dall'ascellare (in avanti) e dai sottoscapolari (indietro). Il gomito è innervato in avanti dal radiale, dal mediano e dal muscolo cutaneo, e indietro dal radiale e dall'ulnare. Il polso è innervato in avanti dal n. *interoseus solaris* mediano e dal *ramus profundus* dell'ulnare, mentre indietro è innervato dal n. *interoseus dorsalis* del radiale e dal *ramus dorsalis* dell'ulnare. Le articolazioni delle dita sono innervate dagli stessi rami che si distribuiscono alla cute corrispondente (ulnare e mediano).

Le articolazioni sacroiliache sono innervate da rami del plesso lombosacrale.

Il ginocchio è innervato da rami dello sciatico: le parti mediane dal n. tibiale, le laterali dal n. peroneo. La parte mediana è innervata anche da un ramo del n. otturatorio e la parte anteriore anche da un ramo del n. femorale. L'articolazione tibiotarsica è innervata posteriormente dal n. *interoseus cruris* e anteriormente dal n. peroneo profondo, nonchè da rami del n. peroneo e del n. safeno. Le articolazioni delle dita dei piedi sono dorsalmente innervate dai n. peronei superficiale e profondo e plantarmente dai n. plantari mediano e laterale.

Le relazioni tra articolazioni ed i rami nervosi che ad esse si distribuiscono fanno comprendere come si stabiliscano le neuralgie riflesse. Queste hanno un'analogia con i disordini sinestetici che si verificano in seguito a lesione periferica di un nervo sensitivo, lesione la quale provoca dolori non solo nel campo di distribuzione del nervo, ma anche nella parte corrispondente controlaterale per diffusione dell'eccitazione attraverso la sostanza grigia midollare. Questa diffusione o irradiazione del dolore è particolarmente frequente nelle neuralgie artrogene.

Ma va innanzi tutto rilevato che la stessa condizione morbosa dell'articolazione può produrre lesioni dei nervi vicini, sia per diffusione del processo infiammatorio, sia per compressione provocata dall'infiltrazione e dall'edema dei tessuti periarticolari. Si possono insomma determinare neuriti o neuralgie da compressione.

Si possono così produrre due specie di neuralgie: l'una primaria, nella quale il dolore è suscitato dallo stimolo diretto sulle fibre nervose vicine, l'altra secondaria, nella quale la neuralgia è causata dalle stesse alterazioni dolorose dell'articolazione.

Il dolore irradiato, che segue in varia intensità ed estensione, con diffusione irregolare, in direzione centripeta o centrifuga, non sempre corrisponde al quadro tipico delle neuralgie ordinarie, il cui dolore è caratteristico e colpisce il territorio innervato da un determinato nervo.

Solo quando si ha un'azione diretta del processo articolare su radici, fasci, e tronchi nervosi periferici le analogie con le neuralgie

idiopatiche sono più spiccate. In tali casi la sindrome algica, a meno che non si siano prodotte alterazioni profonde del ramo nervoso, segue il decorso del processo articolare, migliorando con il miglioramento di questo. D'altra parte è frequente la coesistenza di parestesie. Si può anche osservare che il dolore e le parestesie nell'ambito di un determinato nervo nelle neuralgie artrogene dirette iniziali possano delimitarsi più facilmente che in quelle indirette, nelle quali è poco chiaro il rapporto anatomico con le vie nervose e può verificarsi una sproporzione tra fenomeni irritativi periferici da una parte e l'intensità e la qualità dei fatti sensitivi dall'altra.

L'influenza immediata dell'affezione articolare su i nervi è più chiaramente rilevabile nelle malattie della colonna vertebrale, dove la vicinanza delle vertebre e delle articolazioni intervertebrali con i nervi midollari offre una maggiore possibilità di stimolazione diretta. Sono noti i dolori nucali e occipitali che accompagnano le affezioni delle prime articolazioni intervertebrali. I dolori si diffondono dalla nuca verso l'occipite ed il vertice e nei casi gravi verso l'orecchio; quando si diffondono davanti oltre l'orecchio e quando sono bilaterali sono particolarmente gravi corrispondentemente alla estensione del processo osteoarticolare. La diffusione del dolore corrisponde al territorio del n. occipitalis major, del ramo posteriore del secondo n. cervicale. I dolori nell'orecchio e nella regione parotidea sono determinati dall'irritazione del n. occipitalis minor ed auricularis magnus (del plesso cervicale) e del terzo n. cervicale. La diffusione del dolore alla parte alta delle spalle (territorio del n. supraclavicularis) dimostra la compartecipazione della radice del quarto n. cervicale. Quando nelle spondiliti della regione cervicale alta si hanno dolori anche al braccio, si tratta di neuralgie riflesse, di diffusione della sensibilità dal plesso cervicale al brachiale. Corrispondentemente si possono avere neuralgie agli arti superiori, accompagnate da parestesie varie, in relazione ai rapporti degli ultimi quattro n. cervicali con il plesso brachiale.

Le infiammazioni delle articolazioni vertebro-costali possono essere accompagnate da neuralgie intercostali. Come tutte le neuralgie prodotte da lesioni intervertebrali esse sono aggravate dai movimenti e dalla posizione eretta, mentre si alleviano con il riposo, in decubito ed eventualmente con la distensione della colonna vertebrale.

Le infiammazioni delle articolazioni del tratto lombare possono provocare dolori lomboaddominali corrispondenti alla distribuzione dei n. ilioipogastricus ed ilioinguinalis, ambo rami del primo nervo lombare. Nel territorio del secondo n. lombare si può avere la neuralgia del n. cutaneus femoris che si distribuisce alla parte esterna della coscia. Analoghe neuralgie si possono avere nella regione glutea superiore per artriti lombari, a seguito di stimolazione del n. clunium superiore. Nelle artriti delle ultime lombari e specie della lombosacrale si possono avere ischialgie bilaterali. Veramente i dolori neuralgici localizzati solo alla parte dorsale della coscia non sempre sono da riferirsi a diffusioni riflesse nel grande sciatico, perchè in effetti dipendono per lo più da stimolazione del n. cutaneus femoris posterior. I dolori simultanei mediani e laterali nella gamba nel dominio dei n. cutaneus surae medialis e lateralis inducono sensazioni dolorose nel percorso dei n. peroneo e tibiale. La eccitazione di questi rami che si distribuiscono alle gambe si spiega con la compartecipazione del quarto e quinto sacrale. Nelle artriti lombari si possono avere pseudoneuralgie anche nelle regioni interne delle coscie corrispondenti al ramo cutaneo del n. obturatorius, mentre quelle della regione anteriore della coscia ed eventualmente della parte cutanea della gamba corrispondono a rami cutanei del n. femoralis ed ai n. cutanei femoris anteriores, e quelle della parte mediana delle gambe a rami cutanei del n. safeno.

Si tratta sempre di dolori irradiati che si connettono con processi riflessi nel campo di distribuzione del plesso lombare.

Tali neuralgie oltre che da artriti intervertebrali di natura infettiva, sono anche determinati da artriti anchilosanti e da processi neoplastici osteoarticolari delle vertebre.

Le artriti delle spalle, traumatiche o non, possono essere causa di neuralgie brachiali, che non sempre sono proporzionali alla gravità del processo articolare. Questo può essere di scarsa importanza e provocare dolori intollerabili lungo il braccio. La natura e l'intensità delle sensazioni dolorose, il loro comportamento nel riposo e nel movimento non hanno nulla di caratteristico. Tutto per altro fa ritenere che il dolore non dipenda da un'irritazione diretta dei nervi che passano vicino all'articolazione, ma sia di natura riflessa. In effetti in tali casi la dolenzia alla pressione non si costata in corrispondenza dei noti punti lungo il tragitto dei nervi. Il più delle volte il dolore non si diffonde nettamente nei singoli territori di distribuzione dell'ulnare, del radiale e del mediano, ma predilige il territorio del n. cutaneus brachii lateralis, del ramo cutaneo del n. ascellare. Nelle stesse forme sono di particolare interesse i dolori accusati in corrispondenza del gomito anche essi di natura riflessa, analoghi ai dolori che si hanno alle ginocchia nelle artriti dell'anca. Nelle omoartriti il dolore può diffondersi più o meno lungo tutto l'arto fino alle dita, accompagnato o non da parestesie. D'altra parte la comparsa e l'accentuarsi del dolore non seguone regole fisse. Di solito i movimenti lo provocano o l'esacerbano, ma ciò può verifi-

carsi anche nel più completo stato di riposo ed anche durante il sonno. Le pseudoneuralgie del braccio che turbano il sonno notturno possono anche verificarsi nel corso della periartrite omeroscapolare, nella quale la rigidità dolorosa della spalla è determinata in parte dall'infiammaizone delle borse mucose, ed in parte da algie dei muscoli circostanti e delle loro inserzioni ossee, specie di quelle dei pettorali e del deltoide.

Nelle affezioni del gomito possono aversi dolori irradiati in alto o in basso, o in ambedue le direzioni. Nell'avambraccio sono molto più frequenti le neuralgie nel territorio dell'ulnare.

Nelle artriti del polso le neuralgie non hanno nulla di caratteristico; possono diffondersi in tutti i sensi ed anche lungo tutto l'arto.

Un particolare interesse, per la loro frequenza e per il loro tipico meccanismo di produzione, sono le neuralgie che accompagnano le artriti sacro-iliache e coxofemorali.

Le artriti sacroiliache, qualunque ne sia l'origine, turbando i rapporti fra le superfici articolari e la reciproca inclinazione delle ossa provocano stiramenti o pressioni degli importanti tronchi nervosi vicini. Pertanto i dolori dall'articolazione malata si diffondono verso la coscia e la regione inguinale, ossia lungo il tragitto dei n. ilioinguinales, femorale, sciatico, e femoro-cutaneo posteriore. Molte sciatiche hanno la loro causa appunto nelle affezioni delle articolazioni sacro-iliache.

Le coxiti danno generalmente dolori nel campo di distribuzione del n. otturatore. Ma talvolta si hanno neuralgie riflesse in tutto il campo dello sciatico.

Le gonartriti possono provocare un'irritazione diretta dei rami terminali dello sciatico, il tibiale ed il peroneo, e neuralgie riflesse in alto ed in basso. Al riguardo è a rilevare come le gonartriti possono dare neuralgie del n. otturatore, del n. femorale e del n. femorocutaneo laterale (meralgia parestesica).

In relazione alla qualità dell'alterazione articolare del ginocchio si possono avere due specie di neuralgie: riflessa nelle forme infiammatorie e statiche nei casi nei quali il dolore dipende da una modificazione statica dell'articolazione ed alla conseguente irritazione dei nervi vicini. Queste neuralgie statiche possono essere primarie, ossia dipendenti da un'alterazione primitiva del ginocchio (neuralgia del peroneo nel genu recurvatum staticum); oppure secondarie, dipendenti da un'alterazione del ginocchio compensatoria di alterazioni statiche di altre articolazioni (neuralgie del ginocchio da piedi piatti).

Al riguardo è a notare che i processi morbosi delle articolazioni dei piedi possono dare neuralgie di vario tipo non solo localizzate in zone vicine alle parti alterate e più o meno diffuse al piede, ma anche dolori che si irradiano per tutto l'arto inferiore ed anche ai lombi: si tratta di neuralgie riflesse e sopra tutto secondarie da alterazioni delle articolazioni lontane (ginocchio, anca, sacrali) determinate dai perturbamenti statici indotte dagli spostamenti articolari o dalle attitudini antalgiche del piede. È facile comprendere come in queste alterazioni dell'equilibrio scheletrico possono aversi mialgie, determinate dagli sforzi muscolari tendenti a controbilanciare il disturbo statico. DR.

# MEDICINA COSTITUZIONALE.

## Le differenti forme del linfatismo. Clinica e terapia.

(G. MOURIQUAND. *Journ. méd. franç.*, giugno 1934).

Sebbene la diatesi linfatica abbia delle basi meno oscure che quella artritica, la sua definizione ne rimane tuttavia difficile e controversa. Per alcuni, il tipo del linfatico è quello di un bambino pallido e grosso, dai tessuti molli, dalle reazioni psichiche lente; per altri, invece, si tratta di un bambino che ad ogni momento ha degli attacchi ganglionari, delle vegetazioni, delle corize a ripetizione, delle malattie di occhi, di orecchi, ecc.

Gli uni vedono, cioè, il linfatismo come distrofia generale, gli altri come reazione infiammatoria subacuta o cronica, che talvolta si trovano riunite, costituendo il tipo linfatico « ideale ». Quando queste due forme sono dissociate, la prima predomina nella prima infanzia, mentre l'altra si ha specialmente nella seconda e terza infanzia. Dal punto di vista clinico e pratico, è bene considerarle dissociatamente.

### IL LINFATISMO, DISTROFIA GENERALE.

Pure predominando nella prima infanzia, può aversi anche in seguito e si presenta con aspetti particolari anche al periodo pubere e postpubere.

1) *Linfatismo della prima infanzia.*

*A*) Sindrome timo-linfatica di Paltauf. Si tratta di bambini grassi, come gonfi, dalle carni molli, dal viso pallido (facies pastosa); hanno spesso, ma non sempre, adenopatie superficiali, spesso la milza ipertrofica.

Sono soggetti alla morte improvvisa, per cause insignificanti, attribuita a laringospasmo e all'ipertrofia timica.

*B*) Spasmo-linfatici, senza ipertrofia timica sicura; presentano gli accidenti attribuiti al timo-linfatismo e sono quelli più esposti alla morte improvvisa.

*C*) Osteo-linfatismo, differenziato da Marfan. Oltre agli attributi del linfatismo, il bambino presenta deformazioni ossee del tipo rachitico; talvolta, esse non si rivelano che alla radiografia (polso, ginocchio, caviglia),

che bisogna fare sistematicamente in tutti i bambini linfatici alla prima infanzia.

Tali disturbi ossei possono associarsi a quelli spastici e spasmofilici (osteo, spasmo-linfatismo).

Importanti sono i rapporti con il rachitismo ed il ricambio del calcio, per cui si può concludere che la distrofia linfatica, nella prima infanzia, tende ad evolvere in connessione con la distrofia calcica.

2) *Linfatismo distrofico della media e grande infanzia.* — L'individuo affetto si presenta di statura media, spesso anche elevata, con peso superiore alla normale, faccia pallida ed arrotondata per del « cattivo grasso » dei tegumenti, inspessiti, molli, pastosi.

Raramente si hanno disturbi ossei e spasmofilici. Le reazioni nervose si sono calmate, anche troppo, sicchè questi bambini sono generalmente dei pigri, che hanno un disprezzo quasi filosofico per ogni sforzo; danno la impressione di « rallentati » fisici e psichici, rassomigliando a certi ipotiroidei.

Il metabolismo basale è quasi sempre abbassato, ma le ghiandole endocrine non manifestano alcuna sofferenza.

Tali ragazzi hanno mucose sensibili, blefariti interminabili, raffreddori frequenti e prolungati, manifestazioni che si troveranno più accentuate nella linfoscrofolosi.

3) *Linfatismo distrofico pubere e postpubere.* — Alla pubertà, età endocrina per eccellenza, predominano le sindromi paralinfatiche sulle linfatiche pure. Si può però presentare un osteo-linfatismo tardivo, che l'A. ravvisa in certe ragazzone scoliotiche, pallide, grasse, dai tessuti molli e dal colorito slavato, asteniche e molli fisicamente, ed intellettualmente In esse, il metabolismo basale è molto abbassato ( — 35), quanto si osserva nei mixedematosi, mentre nulla clinicamente fa pensare all'ipotiroidismo.

La connessione fra disturbi linfatici ed ossei, non era stretta nella prima infanzia, tende poi a scomparire nella seconda e terza, per ricomparire al momento dell'ipercrescenza, capace di provocare il disturbo mal noto del linfatismo e quello del rachitismo tardivo.

### Linfatismo e scrofolosi.

I vecchi AA., che hanno descritto questa associazione, hanno altresì rilevato che la scrofola era la compagna abituale del linfatismo; quest'ultimo sarebbe la scrofola considerata da un occhio indulgente. Bisogna però riconoscere che molte manifestazioni della linfoscrofolosi sono state in seguito attribuite al bacillo di Koch, per cui la concezione di diatesi scrofolosa è andata in disuso.

Ma tenendosi essenzialmente sul terreno clinico, si deve rilevare che l'idea primitiva di scrofola è connessa strettamente con quella di adenopatie cervicali, con cui coesistono diverse lesioni mucose ed il carattere particolare del grosso labbro superiore (bocca di tapiro), attribuito ad ipertrofia locale, connessa col linfatismo, ma soprattutto alla coriza cronica così frequente negli scrofolosi.

La maggior parte delle manifestazioni ritenute caratteristiche della scrofola sono dunque infiammatorie, ma ad evoluzione lenta, torpida, con facili recidive, con lunghe suppurazioni a tragitti fistolosi, che cicatrizzano poi con cheloidi ipertrofici.

In questo linfatismo a tipo scrofoloso, predominano quindi le reazioni particolari degli elementi linfatici; il sistema linfoide è molto sensibile alle infezioni, mentre lotta male contro di esse, opponendo soltanto delle reazioni torpide, donde le forme subacute e croniche e le facili ricadute.

Le manifestazioni scrofolose possono evolvere sopra un terreno linfatico (molle, pallido), oppure su individui magri, ipotrofici che però si apparentano ai primi per le loro manifestazioni scrofolose e le reazioni speciali, con la stessa tara di sensibilità linfoide.

Dal punto di vista clinico, la reazione gangliouare vera è rara nella prima infanzia, in cui si ha più spesso il linfatismo distrofico puro (con diverse reazioni scrofolose), mentre la scrofola (con o senza linfatismo distrofico) è spesso frequente da 6 a 13 anni. Tale differenza va forse cercata nel fatto che nella prima infanzia i gangli sono scarsamente sviluppati, mentre nella seconda e terza infanzia essi hanno la loro ipertrofia fisiologica.

### Etiopatogenesi della linfoscrofolosi.

La vecchia concezione del terreno diatesico è stata dapprima travolta dall'entusiasmo per la batteriologia. Man mano, però, si è ritornati al fatto clinico ed obbiettivo che, pur trattandosi di tubercolosi (e come tale data dal bacillo), essa assumeva un aspetto particolare, un'evoluzione speciale. La scrofola, pertanto, si è venuta considerando come una forma di tubercolosi attenuata, sia che si tratti di un bacillo attenuato o di un terreno semivaccinato. Forme analoghe si hanno sul terreno eredo-sifilitico.

La scrofola tubercolare è la più importante; ma oltre ad essa ed a quella eredo-sifilitica, vi sono non pochi casi in cui nè l'una nè l'altra infezione può essere in causa, mentre clinicamente si hanno le stesse reazioni torpide, lo stesso aspetto.

Tutti questi individui (a parte l'eziologia) sono fortemente allergici e parzialmente immunizzati; la loro allergia spiega la loro sensibilità all'infezione, mentre l'immunità parziale impedisce l'estensione setticemica di questa, pur non avendo la capacità di eliminarla prontamente, donde il carattere prolungato e torpido delle lesioni.

L'A. trova poi certi punti di contatto della linfoscrofolosi con alcuni stadî di certe malattie da carenza, specialmente A e C. Del re-

sto, non si deve dimenticare che il rimedio sovrano contro la scrofola è sempre stato l'olio di fegato di merluzzo, che contiene le vitamine A e D. Sono talvolta sorprendenti le guarigioni che esso determina e l'A. cita un caso di un grosso ragazzo di 12 anni, obeso. linfatico, dai tessuti e dallo psichismo molli, che da due anni aveva una blefarite ribelle ad ogni cura locale. In un mese di somministrazione dell'olio di fegato, le lesioni guarirono completamente.

### LA TERAPIA GENERALE DEL LINFATISMO E DELLA LINFOSCROFOLOSI.

1) *Linfatismo come distrofia generale.* — Pure essendo ad eziologia oscura, non sarà male pensare alla possibilità di sifilide e di scrofolosi, e prevenire il linfatismo nel nascituro con le cure adatte. Dopo la nascita, la sindrome linfatica, dovuta allo squilibrio ed alla carenza, alimentare, sarà evitata con i mezzi classici: alimentazione equilibrata al seno, o ricca in vitamine, largo soleggiamento (o brevi sedute di raggi ultravioletti) o loro succedanei.

Il linfatico « puro » si presenta con l'aspetto di un obeso succulento, iperidratato; da ciò la necessità di dirigere il trattamento verso il metabolismo dei grassi e dell'acqua.

Alcuni ingrassano malgrado un'alimentazione ristretta, altri invece perchè mangiano troppo; ci si dovrà quindi preoccupare anche della sovralimentazione. Gli alimenti che sono maggiormente in grado di gonfiare e di iperidratare sono gli idrati di carbonio, i farinacei, lo zucchero per cui i linfatici hanno una tolleranza esagerata; si somministreranno evitando un eccesso. Utili sono gli erbaggi freschi e le frutta.

In alcuni può darsi che sia in causa un disturbo endocrino-nervoso (ipofiso-infundibolo-tuberiano); una radiografia potrà precisare la situazione e si potrà tentare una terapia ipofisaria.

Tenuto conto del notevole abbassamento del metabolismo basale, si ricorrerà alla medicazione tiroidea, *evitando però le dosi forti* ed associandovi eventualmente l'estratto ipofisario, ovarico od orchitico. In qualche caso, possono essere utili le iniezioni di estratto di timo.

Contro l'osteolinfatismo, l'aria libera, il sole, i raggi ultravioletti.

La vecchia medicazione jodata non sarà dimenticata (sciroppo jodotannico fosforato) associandovi il calcio.

Della massima importanza l'esercizio fisico ed il clima marittimo. Le spiagge del Nord sembrano più stimolanti, più attive (almeno d'estate) che non quelle del Mediterraneo (che convengono meglio nelle altre stagioni). Un adiuvante prezioso è l'elioterapia. Si eviteranno i climi umidi e freddi e male soleggiati.

2) *Linfoscrofolosi.* — In presenza di una vera scrofola, si può tentare dapprima un trattamento specifico antisifilitico; se esso è inefficace, la tubercolosi è con tutta probabilità in causa.

Questi linfoscrofolosi risentono vantaggi da una buona igiene alimentare e generale e da un'abbondante aereazione. Convengono loro certe medicazioni speciali, sciroppo a base di jodio, di fosforo, di arsenico e soprattutto l'olio di fegato di merluzzo. Elioterapia in montagna ed al mare, bagni di mare locali e generali; eventualmente, raggi ultravioletti e radioterapia.

Molto utili sono certe cure termali, specialmente le stazioni arsenicali e solforose. Si tenga però presente che gli individui con neuro-linfatismo artritico sono molto sensibili allo zolfo e tanto più all'arsenico, a causa della deficienza del loro fegato; tali cure vanno pertanto praticate con grande prudenza. *fil.*

---

## L'ATTUALITÀ SCIENTIFICA

### "Siphonospora polymorpha„ n. sp., un nuovo microrganismo del sangue e il suo rapporto con la genesi dei tumori.

(W. v. BREHMER, *Med. Welt.*, 25 agosto 1934).

Sotto questo titolo W. v. Brehmer pubblica ora — a distanza di oltre due anni dalla sua prima comunicazione sull'argomento — un lavoro nel quale raccoglie una parte dei risultati finora raggiunti nelle sue ricerche, e precisamente quelli riguardanti i caratteri batteriologici, la presenza nel sangue, e in parte le proprietà patogene sperimentali del microbio da lui individuato.

L'A. ricorda che era già stata osservata la presenza nel sangue di molti soggetti di piccoli corpicciuoli rotondeggianti, provvisti di grandezza e di mobilità variabile, visibili solo a fortissimo ingrandimento: il loro significato però non era noto: e poichè erano stati incontrati sia nel sangue di soggetti sani che di ammalati, non era stata data ad essi importanza. Partendo dall'ipotesi che normalmente un forte numero di questi corpicciuoli si sottraesse alla ricerca perchè aderente, quasi assorbita, ai globuli rossi (come era stato osservato), v. Brehmer pensò di contrastare questo fenomeno per mezzo di un qualche stimolo adatto e, mediante una iniezione speciale — sulla quale non dà chiarimento — raggiunse questo scopo.

Dopo otto-dodici ore dall'iniezione, egli dice, esaminando a fresco una goccia di sangue a forte ingrandimento, si osservano dei piccoli corpicciuoli simili a spore, del diametro di 0,1-0,5 μ, vivacemente mobili, spesso sovrapponentisi (fino a gruppi di 16); si osservano inoltre anche delle « doppie spore » formate di due « spore » semplici riunite da una specie di involucro traslucido. I reperti ora descritti

sono comuni sia al sangue di soggetti normali che a quello di portatori di carcinoma. Sono invece visibili solo nel sangue di carcinomatosi delle altre formazioni tubulari, con estremi rigonfiati, del diametro di circa 0,6 μ, di lunghezza varia, aderenti in genere agli eritrociti per un estremo, talora liberi nel siero e dotati allora di lento movimento. Queste formazioni non lasciano di solito riconoscere a fresco una struttura interna: solo raramente qualcuna libera nel siero mostra nel suo interno una serie di corpicciuoli sferici.

Nello striscio sottile colorato con Giemsa, è possibile riconoscere le varie forme ora descritte, in parte libere, in parte negli eritrociti: è riconoscibile una zona chiara circondante le spore e si mette bene in evidenza la struttura segmentata (contenuto di spore?) delle formazioni tubulari.

È possibile ottenere colture del microrganismo insemenzando con sangue o con un estratto di frammenti neoplastici un adatto terreno. Il sangue da usarsi per la semina va ottenuto da soggetti ai quali è stata praticata 8-10 ore prima l'iniezione speciale. Il terreno di cultura tipico, nel quale è possibile lo sviluppo della Siphonospora in cultura pura, deve avere, come caratteristica fondamentale una reazione decisamente alcalina (pH 7,8-7,9). Questo carattere di elettività per l'ambiente alcalino non ha solo importanza per la coltivabilità del microrganismo in vitro, ma anche per tutta l'interpretazione dei suoi rapporti patogenetici con la genesi dei tumori.

Il concetto fondamentale di v. Brehmer consiste infatti da un lato nella ipotesi della etiologia microbica dei neoplasmi, dall'altro nell'importanza dell'alcalosi del sangue e dei tessuti come fattore predisponente alla malattia e stimolante della virulenza dell'agente microbico. L'A. però accenna solo brevemente a questi suoi convincimenti, diffondendosi piuttosto sulle caratteristiche batteriologiche del microrganismo isolato.

Ritornando al terreno di cultura elettivo, questo è composto di brodo portato con l'aggiunta di idrato di calcio e di acido nitrico e fosforico a pH 7,8-7,85. Si aggiunge inoltre bromuro di potassio, che sembra favorire lo sviluppo del microbio. Questo si coltiva anche su tessuti carcinomatosi o su tessuti tratti da animali malati e presentanti reazione alcalina, mentre non si sviluppa su tessuti sani. Una volta ottenute le culture pure, queste possono vivere bene anche su molti dei comuni terreni e manifestano quando siano insemenzate su substrati acidi o neutri, una netta attività alcalinizzante.

Nei terreni liquidi il microrganismo dà luogo a un intorbidamento e talora alla formazione di una pellicola superficiale già dopo 48 ore. Tuttavia anche in culture rimaste limpide è possibile con l'esame microscopico o con successivi trapianti svelare la presenza del microbio. I trapianti vanno continuati fino ad ottenere la pellicola superficiale che rappresenta la cultura pura. Il germe è (salvo che per alcune sue forme) strettamente aerobio: la sua temperatura ottima di sviluppo è di 38°.

W. v. Brehmer espone nel suo lavoro il ciclo di sviluppo del microbio, illustrandolo con disegni e in parte con fotografie. La spora primitiva, attraverso una fase non ancora colta dall'osservatore, dà luogo a una spora doppia, poi quadrupla e così via, fino alla formazione di uno « sporangio ». Questo si apre e mette in libertà le spore che possono ricominciare questo ciclo. D'altro canto alcune spore, uniche o multiple, si tramutano in « formazioni tubulari ». Nell'interno di queste a loro volta ogni spora, che assume forma allungata, può ancora suddividersi e si può avere anche qui una ulteriore liberazione di spore.

Queste differenti fasi sono osservabili sia nel sangue che in cultura. In cultura si hanno forme differenti a seconda della reazione del terreno, della temperatura, delle condizioni di aero- o di anaerobiosi. È particolarmente interessante rilevare che le forme tubulari si sviluppano solo in terreni a pH superiore a 7,6, mentre in terreni più acidi si hanno soltanto le forme sporulari e, quando il pH si abbassa al disotto di 6, si assiste alla scomparsa delle forme visibili. Si passa cioè ad uno stadio di *virus*: questo virus è filtrabile per pori di 0,3 μ e il filtrato otticamente omogeneo riproduce, nei terreni a pH 7,8, tutte le forme già descritte del germe. È di estremo interesse rilevare che mentre le forme sporulari coltivabili a qualunque pH si trovano anche nel sangue di soggetti normali, sono soltanto le forme tubulari coltivabili a pH elevato che si rinvengono nel sangue dei carcinomatosi. A queste ultime forme v. Brehmer attribuisce carattere di patogenicità per i tumori. E a questo reperto di rapporto tra fasi di sviluppo del germe e reazione del terreno, riallaccia la sua teoria sull'importanza dell'alcalinità del sangue e dei tessuti per lo sviluppo dei tumori, alla quale si è già accennato. Le varie forme e i vari tipi nei quali l'A. ha suddiviso per caratteri culturali il germe, si coltivano indifferentemente da portatori di differenti tumori.

v. Brehmer espone infine — assai brevemente però, rimandando per i particolari ad ulteriori pubblicazioni — i risultati delle ricerche eseguite sulla riproduzione sperimentale dei tumori per mezzo del germe. Per ora egli comunica di aver ottenuto mediante ripetuti passaggi del virus isolato da topi carcinomatosi attraverso topi, la produzione di nodosità con caratteri istologici di carcinoma, e di aver potuto coltivare di nuovo dal sangue e dal tumore di questi animali la Siphonospora. Esclude

che vi sia stato nei trapianti trasporto di cellule neoplastiche.

Per giungere ad una interpretazione del meccanismo d'azione del germe, v. Brehmer espone la sua ipotesi secondo la quale, quando dalle forme sporulari si passa alla produzione nel sangue di forme a bastoncino, queste attaccherebbero le cellule dei tessuti, causando una degenerazione prevalentemente nucleare nella quale consisterebbe la genesi della cellula neoplastica. La produzione delle forme patogene, come già si è accennato, sarebbe favorita dalla deviazione della reazione del sangue e dei tessuti verso il lato alcalino.

L'A. fa notare infine l'importanza di poter fare una diagnosi precoce, anche in assenza di segni clinici, svelando in circolo le forme tubulari mediante la sua iniezione speciale.

Fin qui l'articolo originale di v. Brehmer. Segue immediatamente un lavoro di V. Schilling, direttore della IV Clinica Medica di Berlino, il quale espone i risultati di ricerche eseguite sotto il suo diretto controllo in collaborazione con v. Brehmer.

Schilling riaccosta il reperto ematico della Siphonospora a quello degli eritroconti nell'uomo e delle bartonelle nel topo. Egli ci apprende che la speciale iniezione usata da v. Brehmer per mettere in evidenza il germe nel sangue, è costituita da un aglicon idrociclico (senza dare però maggiori particolari), Schilling conferma l'esistenza della Siphonospora e la possibilità di coltivarla dal sangue e dal materiale neoplastico di carcinomatosi. Anche in queste ricerche è stata possibile la riproduzione sperimentale nel topo di infiltrati tumorali (soltanto da culture di virus ottenute da topi, e non da soggetti umani). Si tratta di formazioni che spontaneamente regrediscono, e delle quali non viene riferito il reperto istologico. Il microbio sarebbe dimostrabile anche nelle cellule del liquido ascitico del carcinoma ascitogeno del ratto. Schilling fa delle riserve sulla natura patogenetica del microrganismo: egli ritiene che sia ancora da stabilirsi se si tratti di un vero agente causale dei tumori, o di un virus da infezione mista nei portatori di tumore, o di un semplice simbionte.

C. Börner e O. Jancke espongono infine in una breve nota i risultati delle loro ricerche di ordine puramente batteriologico eseguite per invito di v. Brehmer sulla Siphonospora. Questi AA. confermano i caratteri morfologici e culturali (l'esistenza della forma filtrabile, la dipendenza delle varie forme dalla reazione del terreno, ecc.) già descritte da v. Brehmer. Senza poter giungere per ora a una esatta classificazione del microrganismo, essi lo riaccostano provvisoriamente alla famiglia delle *Bacillidae* secondo Enderlein.

PUDDU.

# CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

V. DE PABLO. *Medicacion local pulmonar por via intraqueal.* Vol. in-8°, di pagg. 54, con 20 fig. Tip. Lopez, Buenos Aires, 1933.

Questo libro cerca di realizzare la terapia locale delle affezioni delle vie respiratorie come si pratica negli altri organi accessibili, unitamente alla terapia generale, riconoscendo l'enorme valore della prima. Esaminate le diverse vie ed i metodi per realizzarla, la migliore senza dubbio è la via buccale transglottica con il metodo digitale di Garcia Vicente modificando i suoi strumenti, in modo da ottenere l'iniezione transglottica ed il sondaggio tracheobronchiale. Si possono in tal modo, portare i medicamenti alla trachea ed ai bronchi, a un solo polmone, ad un solo lobulo, studiando poi i fattori che portano i liquidi, ciò che è confermato d'altra parte sperimentalmente. Si può infatti vedere l'arrivo delle sostanze ai bronchi, agli alveoli, al tessuto interstiziale, ai linfatici, alle ghiandole, alla pleura, vale a dire a tutto il polmone, essendo una via mista, locale e per assorbimento sanguigno generale. Con la tecnica delle colorazioni vitali, l'A. ha potuto vedere che non si possono usare dissolventi nè sostanze che facciano flocculare il colloide utilizzato, essendo poi queste la causa della presenza di granuli.

Una novità realizzata dall'A. è la broncoaspirazione per mezzo di sonda molle, finora eseguita solo con tubi rigidi.

L'A. pertanto, pur mettendo in evidenza le eventuali controindicazioni, ritiene che siccome con tale via si può giungere facilmente e semplicemente alla zona polmonare malata e portare i medicamenti ai suoi diversi elementi istologici, essa deve essere la via principale per il trattamento delle malattie polmonari.

*a. p.*

J. RIEUX et B. LE BOURDELLES. *Tuberculose des organes hématopoietiques.* Vol. in-8°, di pagg. 240, con 11 fig. e 1 tav. a colori. G. Doin. Paris, 1934. Fr. 60.

Questo libro fa parte della collezione della *Biblioteca della Tubercolosi*, che si pubblica sotto la direzione di Collet e Piery, e che già comprende molte altre opere interessanti della specialità.

Nella prima parte destinata agli organi ematopoietici, gli AA. si soffermano sopratutto sulla tubercolosi ganglionare, di cui è nota l'importanza nella pratica medica. Considerando che la tbc. è un'affezione primitiva del sistema linfatico, essi riportano dati sperimentali relativi e le diverse modalità reattive del tessuto ganglionare alle forme vegetative del bacillo di Koch, alle forme filtrabili, al vaccino.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

All'esposizione delle forme cliniche e delle diverse localizzazioni della tbc. gangliare, segue lo studio del suo trattamento, che ha beneficiato largamente, delle nuove acquisizioni della fisioterapia e della chemioterapia.

Nei capitoli riservati alla milza ed al midollo osseo, gli AA., nello studio dei dati sperimentali e clinici, si sono sforzati di mettere in evidenza i legami che uniscono, in patologia, gli organi ematopoietici e che si riferiscono alla loro unità istofisiologica.

La seconda parte dell'opera riguarda la questione: *il sangue nella tubercolosi*, argomento, come è noto, che è stato oggetto in questi ultimi anni, di numerosi lavori, di grande interesse pratico, dallo studio delle diverse reazioni sierologiche, fino alle ricerche recentissime sulla bacillemia tubercolare. Gli AA. riportano i dati attualmente bene acquisiti sullo stato umorale dei tubercolosi, sia di ordine biologico che fisico-chimico. A. P.

G. DALLA FAVERA. *L'ernia del mediastino nel corso del pneumotorace terapeutico.* Tip. Cedam, Padova, 1933, pag. 50. L. 7.

Breve monografia compiuta nella « Scuola di perfezionamento sulle malattie dell'apparato respiratorio » della Università di Padova.

Premesse alcune nozioni anatomiche sul mediastino l'A. esamina le ragioni fisiopatologiche determinanti il fatto morboso in questione. Accenna alla sua prognosi, all'evoluzione, alla terapia e termina riportando ben dieci osservazioni personali accuratamente seguite nella loro evoluzione ed illustrate da altrettante tavole radiografiche. Una bella bibliografia italiana sull'argomento chiude la utile lettura. MONT.

A. JOUSSET. *Étude et traitement de la méningite tuberculeuse.* Vol. in-8°, di pagg. 152, con 10 fig. Masson & C., Paris, 1934.

Mediante osservazioni pazienti eseguite durante parecchi anni, l'A. ha studiato le tappe tissulari di quest'affezione e le sue conclusioni sono che la morte è il fatto di lesioni necrotiche bulbari di cui la rapidità è insospettata. Da qui la necessità assoluta di un trattamento precoce destinato a prevenire questa distruzione. I tessuti speciali non si riproducono e quando essi hanno l'alto valore specifico delle cellule centrali, la perdita è irreparabile.

Questo studio è diviso in quattro parti. Nella prima l'A. mette in rilievo alcune particolarità sia etiologiche che puramente cliniche scaturite dall'osservazione di 225 casi. La seconda parte è una messa a punto completa dello studio del liquido c. r. della meningite tubercolare; la terza è consacrata a ricerche sperimentali ed anatomiche, destinate a mettere in evidenza la causa della gravità delle meningiti; la quarta infine è riservata ai risultati del trattamento delle meningiti tbc. con l'Alergina. *a. p.*

*La lotta contro la tubercolosi in Italia.*

A cura della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi è stato pubblicato in questi giorni un volume in quattro lingue sulla lotta contro la tubercolosi in Italia, in dieci capitoli, ampiamente illustrati con grafici e fotografie.

Il libro, redatto dal prof. F. Bocchetti e preceduto da una prefazione dell'on. prof. R. Paolucci, consta dei seguenti capitoli: 1) Le basi della lotta contro la tubercolosi in Italia; - « L'Assicurazione obbligatoria ». - I Consorzi Provinciali antitubercolari; 2) La ricerca dei malati; 3) L'assistenza; 4) L'assistenza postsanatoriale; 5) La prevenzione; 6) L'insegnamento; 7) I fattori sociali; 8) La propaganda; 9) Le quattro campagne antitubercolari; 10) I primi tentativi della Statistica vitale della tubercolosi; 11) I risultati della lotta contro la tubercolosi in Italia.

Quel che il Regime delle Camicie Nere ha organizzato anche in questo campo di attività, quel che si profila nei futuri immancabili sviluppi della lotta e che si riconnette sopra tutto al grande movimento rivoluzionario che porta il nome di Mussolini, è ampliamente esposto senza retorica, senza esagerazioni esegetiche, senza pesantezze dottrinali.

Il libro sopra tutto è nutrito di realtà di fatti che diranno come in pochi anni il Regime fascista è riuscito a portare la mortalità da tubercolosi in Italia tra le più basse del mondo. Infatti da 60.000 morti nel 1925 le statistiche ci dànno nel 1933 soltanto 34.000 morti.

Il libro sarà ampiamente diffuso, perchè si conosca quanto possa fare un popolo sorretto da una volontà, illuminato da un orgoglio, per raggiungere il primato anche in questo campo scientifico-sociale.

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 14 luglio 1934-XII.

Presidente: Prof. V. TIRELLI.

**Esperienze sull'influenza diuretica dell'impiego combinato di farmaci mercuriali e sali biliari.**

Dottori G. MARENGO e F. MASSIMELLO. — Gli OO. riferiscono di aver studiato l'effetto diuretico provocato dal Decholin e dal Salirgan, soli od associati, iniettati entro il peritoneo e di aver notato che la diuresi aumenta considerevolmente e dura più a lungo. Osservarono anche che l'unione del decholin al tachidrolo, aumenta l'azione diuretica del mercuriale.

Gli OO. ritengono che la maggior azione diuretica della iniezione endoperitoneale possa spiegarsi con la diretta introduzione del preparato nel circolo portale e quindi con la maggior azione di questo sul fegato.

**Ricerche sull'impiego di prove cutanee utilizzabili per la diagnosi di ittero.**

Dottori G. MARENGO e F. MASSIMELLO. — Dalle diverse reazioni cutanee proposte per svelare forme di iperbilirubinemia leggera e distinguere le diverse qualità di itteri, la prova con l'istamina di Klein e quella con morfina diventano positive, quando si raggiungono valori di bilirubina di 0,6-0,7 mmgr. %, qualunque sia la modalità della reazione qualitativa.

Gli OO. hanno trovato che fra la prova di Klein e il ponfo da morfina, vi è in genere una corrispondenza, pur avendo notato talvolta una intensità leggermente inferiore da parte di quest'ultima.

La prova di Brugsch (ferricianuro di K all'1 %) è meno sensibile abbisognando di una quantità di bilirubina circolante maggiore delle precedenti e riesce a far distinguere con la sua positività o meno le diverse qualità della bilirubina.

Tali prove pur essendo di aiuto per il medico per la diagnosi di ittero specialmente latente, non possono sostituire la ricerca qualitativa e quantitativa della bilirubinemia e servono solo con una certa limitazione come prove della funzionalità epatica.

**Sulla presenza di punteggiati basofili nel sangue, nei reni grinzi non saturnini.**

Dott. E. VIGLIANI. — L'O. riferisce di aver esaminato 10 nefrosclerotici, di cui 4 erano reni grinzi primitivi e sei secondari a glomerulonefrite. Dei primi 4, tre erano verosimilmente di origine saturnina, in tutti gli altri questa origine era da escludersi.

L'O. ha trovato un numero patologicamente aumentato di punteggiati basofili (più di 500 per milione di globuli rossi) in otto dei dieci casi: essi mancarono solo in un caso di nefrite cronica lieve, con discreta funzionaltà renale e scarsa anemia, ed in un caso di rene grinzo saturnino, con insufficienza renale assoluta, forte azotemia ed anemia.

In genere ha trovato che il numero dei punteggiati basofili è più in relazione con il grado di anemia che con quello di ritenzione azotata, ed in nessun rapporto col numero di reticolociti. L'O. pensa che i granuli che formano la punteggiatura basofila degli eritrociti non siano specifici per il rene saturnino, ma che dipendano dal fatto che la rigenerazione del sangue si compie in un midollo osseo sotto l'influenza di sostanze tossiche.

**Ricerche sull'azione esercitata dall'ormone corticale della corteccia surrenale sulla secrezione gastrica.**

Proff. A. ALLODI e A. CIONINI. — Col sondaggio frazionato a digiuno hanno osservato nei soggetti ipercloridrici e ipersecretori, risultati negativi; nei soggetti achilici a digiuno, risultati scarsamente ed incostantemente positivi; nei soggetti ipochilici ed iposecretori, l'iniezione endovenosa di dosi piccolissime di o. c. ha abitualmente determinato un forte aumento dei valori della secrezione gastrica, nonchè di quelli dell'acidità totale e dell'HCl libero.

Risultati più netti sono stati ottenuti con l'endocorticalina; meno netti ed incostanti con l'ormocortina e col cortigen.

**Diuresi e vitamina A.**

Prof. G. DOMINICI e dott. G. OLIVA. — Gli OO. hanno constatato che la somministrazione protratta di vitamina A (Vogan) determina un aumento cospicuo della diuresi, che può giungere fino a valori doppi della quantità normale nei p. affetti da cirrosi epatica, mentre nei soggetti sani ed in altre condizioni morbose tale aumento non venne osservato. Gli OO. pensano che sia probabile che l'azione della vitamina sulla diuresi si esplichi attraverso influenza sulla funzionalità epatica.

**Ricerche sulla lattacidemia nei cardiopatici e sulla relativa importanza della stasi venosa.**

Prof. C. GIORDANO e dott. L. GRIVA. — Usando il metodo di Friedmann e Graser non hanno osservato valori acidemici molto elevati, altro che in casi con scompenso cardiaco gravissimo. Non osservarono un netto rapporto fra i valori della pressione venosa e lattacidemia. In prove di stasi protratta, su di un arto, fatte per studiare l'influenza dei fattori periferici, trovarono che i valori dell'acido lattico in un primo tempo aumentano e poi discendono, e che la curva di discesa era più lenta nei casi in cui i valori di partenza erano più elevati. Rinunciano per ora a dare un'interpretazione dei risultati ottenuti, proponendosi ulteriori ricerche di estendere la casistica e di valersi di esami collaterali non eseguiti in questa serie di esperienze.

VILLATA.

## Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 6 luglio 1934.

Presidente: Prof. M. PINCHERLE.

**E' attualmente possibile la diagnosi radiologica di lipoidosi della cistifellea?**

S. ZANETTI. — L'O. illustra gli elementi in base ai quali ritiene possibile diagnosticare radiologi-

camente per mezzo della colecistografia rapida la lipoidosi della colecisti: tenuità dell'ombra colecistica, sua irritabilità e fugacità.

**La diagnosi clinica dell'infarto miocardico.**

F. SCHIASSI. — L'O. in base alla osservazione di un caso recente, seguita dallo studio anatomo-patologico, e in base ad un altro caso che fu osservato dall'O. stesso e pubblicato circa 10 anni or sono (malata tuttora in vita), illustra gli elementi clinici e elettrografici sui quali si fonda la diagnosi *intra vitam* di infarto miocardico.

**Ulteriore contributo allo studio del collasso massivo (lobare) del polmone.**

P. BENEDETTI. — Nell'esporre una nuova osservazione di C. M. del polmone insorto, nel corso di emottisi, l'O. tratta brevemente della eziologia e patogenesi della affezione. E osserva che dopo il primo caso da lui descritto nel 1927 si sono raccolti nella letteratura internazionale parecchi altri casi di C. M. in corso di emottisi, così che tale evenienza acquista una particolare fisionomia clinica, e merita di essere distinta dalle altre in cui può verificarsi il C. M. Anche nei riguardi della terapia il C. M. in corso di emottisi presenta sue particolari indicazioni.

Discussione: F. SCHIASSI, V. BOLLINI, C. G. PALMIERI, E. AZZI, M. PINCHERLE.

**Le dimensioni ortodiagrafiche del cuore della donna sana di 19-25 anni. (Misure lineari e valore cardiaco).**

V. SABENA. — L'O. espone i risultati delle sue ricerche sopra 150 donne emiliane di 19-25 anni, ricerche dirette a fissare per il sesso femminile il valore medio-normale e la variabilità delle misure ortodiagrafiche fondamentali. Le ricerche sono state condotte secondo il metodo proposto da P. Benedetti e V. Bollini.

Discussione: P. BENEDETTI.

**La triangolizzazione costale negli enfisemi cronici fistolizzati.**

S. ZANETTI e G. BENDANDI. — Sono descritti gli aspetti radiografici delle « coste triangolizzate », che si osservano nei malati di empiema cronico, in caso di pneumo- e idropneumotorace e anche in soggetti sani.

Discussione: BOLLINI.

## Società Medico Chirurgica di Padova.

Seduta del 13 luglio 1934.

Prof. G. DOLFINI. — *Il trauma nella patogenesi del morbo di Flajani Basedow.*

Prof. G. DOLFINI. — *Tentativi di vaccino-terapia percutanea nella brucellosi.*

**Concentrazione idrogenionica dei terreni culturali in rapporto al pleomorfismo a al calore degli ifomiceti patogeni.**

Dott. P. CERUTTI. — L'O. espone le sue ricerche sui rapporti esistenti tra concentrazione idrogenionica iniziale dei terreni culturali e sviluppo di sostanze coloranti e di zone pleomorfiche sulle culture di ifomiceti patogeni. Conclude che tali rapporti non sono ben netti, così che determinate proprietà macroscopiche dei funghi sembrano indipendenti dalle caratteristiche del substrato nutritizio.

**Ricerche nella rete venosa sottocutanea con la fotografia infrarossa.**

PAGLIANI. — L'O. conclude che per mezzo della fotografia infrarossa della rete venosa sottocutanea in casi di varici degli arti inferiori si possono determinare fotograficamente la topografia, l'estensione del territorio varicoso sottocutaneo e, fino ad un certo punto, lo stato anatomo-patologico dei vasi. Ciò ha interesse, non solo dal lato semeiologico, ma anche come controllo per la cura. Infatti la fotografia infrarossa permette di individuare bene la distribuzione delle lesioni varicose sottocutanee, e può fornire così dati per ammettere più esatto giudizio diagnostico, criteri utili nella cura sia cruenta che incruenta, e il mezzo di controllare gli esiti di questa.

**La cura dell'ulcera gastro-duodenale con iniezioni di benzoato di soda.**

JACCHIA. — L'O. riferisce intorno ai risultati da lui ottenuti trattando 25 casi di ulcera gastroduodenale mediante iniezioni endovenose ed intramuscolari di benzoato di sodio e protraendo l'osservazione dei pazienti, con periodici controlli radiologici, anche oltre il periodo di cura: in qualche caso per 12-20 mesi. Nelle ulcere gastriche ha avuto risultati assai brillanti: in tutti i pazienti si è avuta la scomparsa di ogni sintomatologia clinica; su 10 casi, in 7 la guarigione clinica ha coinciso con quella radiologica, in 2 si è avuto anche un nettissimo miglioramento del quadro radiologico, tale da non lasciare neppure la possibilità di diagnosticare l'ulcera, e in 1 un miglioramento evidente, ma con persistendi un'ombra di nicchia. L'ulcera duodenale risponde invece alla terapia benzoatica con costanza minore e con più lenta e meno totale scomparsa dei segni radiologici.

L'O. conclude affermando l'efficacia del metodo di cura benzoatica, specialmente per quanto si riferisce alle ulceri gastriche, e raccomandandolo per la sua praticità ed innocuità.

**L'azione dell'insulina sui gas del sangue in vitro ed in vivo.**

Dott. G. SOTGIU e L. BENACCHIO. — Gli OO. aggiungendo dell'insulina a sangue reso incoagulabile, dopo sbattimento all'aria, hanno osservato aumento di $O_2$ e diminuzione di $CO_2$, rispetto al campione senza insulina.

Pure in vivo, nel sangue arterioso e venoso, hanno osservato aumento di $O_2$ e diminuzione di $CO_2$, durante l'ipoglicemia insulinica.

**Trattamento fenilidrazinico in 5 casi di morbo di Vaquez.**

A. DE GIORGIO. — L'O. ha trattato con composti fenilidrazinici 5 casi di policitemia nella forma descritta dal Vaquez-globulie con lieve epatosplenomegalia senza ipertensione. Su due casi trattati col cloridrato di fenilidrazina ha ottenuto già da

più di un anno ottimi risultati in un p., con dosi giornaliere di gr. 0,10 sino a riduzione delle emazie, e poi con dosi settimanali di gr. 0,15; nell'altro p. dopo gr. 2,15 il sopravvenire, con l'aumento delle piastrine a 900.000, di un infarto splenico ha consigliato la sospensione di questa terapia.

In altri tre casi ha usato l'acetil-fenilidrazina di gr. 0,10 giornaliere dapprima e poi di gr. 0,15 ogni 15-7 giorni secondo il numero dei globuli rossi, ottenendo risultati molto lusinghieri anche in confronto a quelli avuti con il cloridrato, rispetto al quale questo composto si è dimostrato molto meno tossico e meglio tollerato.

A. COSTANTINI. — *Sulle alterazioni istologiche nell'intossicazione cronica da fluoro.*

**Sul comportamento di alcuni fermenti digerenti nell'intossicazione sperimentale da fluoruro di sodio.**

A. COSTANTINI. — L'O. riferisce su un gruppo di ricerche sull'intossicazione sperimentale da fluoruro di sodio. Secondo l'O. la tossicità di questo sale sarebbe legata in modo particolare alla produzione di alterazioni anatomiche e funzionali nell'intestino.

*Il Segretario*: Dott. CERUTI.

## Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 21 luglio 1934.

Presidente: prof. A. FODERÀ.

**Morfologia del ganglio cervicale inferiore nell'uomo in rapporto ai vari tipi costituzionali.**

A. CAPONETTO. — L'O. ha riscontrato il ganglio cervicale inferiore con disposizione plessiforme nel 79 % dei 100 cadaveri esaminati, con una maggiore frequenza nei microsplancnici (82 %), minore nei normosplancnici (66,66 %) e ancora minore nei macrosplancnici (62,50 %).

Nei *micro* e nei *normosplancnici*, la disposizione plessiforme era più frequente nel lato sinistro senza notevole differenza nei due sensi; nei *macrosplancnici* tale disposizione era più frequente nel lato destro e nel sesso femminile.

**Considerazioni sulla componente renale nel diabetico.**

Dott. R. MARTINETTI. — L'O. descrive un caso di coma diabetico mortale in cui si è potuto seguire l'aggravamento progressivo del coma stesso parallelamente ad una sempre più manifesta compromissione renale, rivelata in vita dai valori alti dell'azotemia e confermata al tavolo anatomico dal reperto di una grave degenerazione renale. L'O. discute la importanza del fattore « insufficienza renale » nel quadro del coma diabetico.

**Azione di alcuni derivati purinici sul circolo arterioso nell'animale normale ed in quello reso sperimentalmente iperteso.**

R. MARTINETTI e S. DELEONARDI. — Gli OO. studiano l'azione di due derivati purinici, la caffeina e l'eufillina, sulla pressione arteriosa del cane. Mentre nell'animale normale (in narcosi cloralosica) si ottiene in genere una fugace caduta della pressione stessa nel cane posto in ipertensione per denervazione delle zone cardio-aortiche e seno-carotidee la caduta della pressione, a parità di dose, è molto più manifesta e duratura. Gli OO. discutono sul probabile meccanismo di questa ipotensione prospettando le applicazioni che queste osservazioni possono eventualmente avere nel campo della fisiopatologia sperimentale od anche in quello clinico.

**Contenuto del glutatione nel sangue prima e dopo gli interventi operativi.**

Dott. GIBILISCO SANTI. — L'O. su 100 interventi operatorii ha determinato il glutatione nel sangue prima e dopo gli interventi.

I risultati delle sue ricerche hanno dato:

1) una diminuzione costante del glutatione nel sangue qualunque sia l'intervento operativo e l'anestesia adoperata;

2) tale diminuzione è transitoria e scompare dopo il 5° giorno dall'intervento;

3) tra le diverse anestesie la cloro-eteria darebbe luogo ad una maggiore diminuzione del tasso tiemico, segue la anestesia spinale indi la locale.

**Appendicite recidivante, sottoepatica per congenita fissazione anomala dell'ansa ileo-cieco-colica.**

Dott. FILIPPO CARUSO. — L'O. riferisce su un caso di appendicite recidivante, sottoepatica per congenita fissazione anomala dell'ansa ileo-cieca-colica per mancata rotazione e discesa del cieco, ma con sintomatologia nettamente localizzata alla fossa iliaca destra, e conclude sostenendo che tale caso avvalora l'ipotesi che la sede del dolore negli attacchi appendicolari non è l'appendice nè la sua zona d'impianto al cieco.

**Studio morfologico del sangue nelle cirrosi epatiche.**

Dott. G. RUSSO. — L'O. dallo studio dei dati ematologici in 14 casi di cirrosi epatica, fissa, in base anche ai dati della letteratura, i caratteri dell'anemia dei cirrotici e delle alterazioni morfologiche dei globuli bianchi. Per quanto riguarda i rapporti tra la morfologia del sangue nelle cirrosi e quella dell'anemia perniciosa l'O. crede che non ci siano dati sufficienti per stabilire quei rapporti di somiglianze patogenetiche che alcuni AA. hanno voluto stabilire fra queste due forme morbose.

**Le alterazioni delle frazioni proteiche del siero di sangue nelle cirrosi epatiche.**

Dott. M. MAGGIO. — L'O. studiando il comportamento delle frazioni proteiche del siero in 16 P. con edemi ed ascite di cui 14 affetti da epatite cronica ha potuto vedere che le modificazioni del quadro proteico non possono essere considerate come stretto indice di funzionalità epatica, nè come dato patognomonico di lesione del fegato nelle sindromi con edemi ed ascite e ritiene che la ricerca può avere utile applicazione clinica per quel che riguarda l'orientamento prognostico.

*Il Segretario*: G. DI MACCO.

## Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 13 luglio 1934.

Presidente: prof. A. PENSA.

**I solfobacteri dei fanghi termali di Bormio.**

Prof. A. MONTI. — I solfobacteri dei fanghi termali di Bormio sono facili ad osservarsi in preparati freschi, ma nei preparati conservati perdono ben presto le loro caratteristiche. L'O. è riuscito a trovare procedimenti adatti per conservare col loro aspetto naturale e col loro contenuto di goccioline sulfuree i diversi solfobacteri dei fiocchi o grumi gelatinosi, di cui ha illustrato la genesi alla Società di Biologia (fasc. 10-11, 1933).

Trenta microfotografie dimostrano la morfologia e l'evoluzione delle varie forme: Bacterioni (Thiogleobactron burmiense Andres), Beggiatoe (B. leptomitiformis), Pseudogromie (Gromiopsis di Andres), cordoncini solfiferi (Thioploche), che nei fanghi di Bormio compiono l'elaborazione intracellulare dello zolfo derivandolo dall'H2S, prodotto dalla vegetazione anaerobica di speciali vibrioni (Microspira desulfuricans) a spese dei solfati di calce e di magnesia.

**Ricerche chimiche sulla fissazione di oro nella cute per somministrazione orale di sanocrisina.**

A. GLINGANI. — Mentre nella somministrazione parenterale di aurotiosolfato di sodio la fissazione dell'oro nella cute era già stata ricercata: per via istochimica da Lombardo, Gallinal, Korosu, Grassi ed altri, per via chimica da Schamberg e Brown; ricerche chimiche sulla fissazione dell'oro nei vari organi per la somministrazione gastrica del sale anzidetto erano state invece compiute dal Di Mattei. Non erano pertanto state ancora eseguite ricerche nel senso seguito dall'O.

Queste furono espletate su un lotto di 6 conigli ai quali era stata somministrata con sonda gastrica, sanocrisina nella proporzione di gr. 0,50 per chilogrammo di peso dell'animale, in una unica somministrazione. La ricerca nella pelle e poi nel pelo, fu eseguita secondo il metodo di Vanino e Seemens. I risultati sono stati positivi per la presenza di Au. nella cute già all'8° giorno dalla somministrazione; più netti al 15° ed al 35° giorno; ancora apprezzabili nei conigli sacrificati al 45° e 60° giorno dalla somministrazione. In questi due ultimi conigli sottoposti all'esperimento, lAu. fu ricercato anche nel pelo e la ricerca svelò, anche nel pelo, netta la presenza del metallo.

**Differente comportamento biologico della larva e del l'adulto dei botriocefali.**

M. RAVETTA. — L'O., studiando le reazioni sierologiche determinate negli ospiti dalla larva e dall'adulto del *Diphyllobothrium erinacei europaei*, trova che un estratto dell'adulto ha azione deviante il complemento su sieri di animali infetti da botriocefalo adulto e da altri elminti, mentre tale reazione non si ha per sieri di ricci infetti dallo spargano; un estratto simile alla larva non ha potere deviante il complemento sia su sieri di animali infetti dallo spargano che dalla forma adulta del *Diphyllobothrium erinacei europaei* come pure su sieri di animali infestati da altri elminti.

Studiando la proprietà anafilattizzante di estratti alcoolici e acquosi della larva e dell'adulto del botriocefalo, l'O. trova che mentre estratti di adulto possiedono in alto grado tale attività, estratti simili di larva hanno scarsa attività anafilattizzante. *Il Segretario*: INTROZZI.

## Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 23 giugno 1934.

Presidente: prof. A. CESARIS DEMEL.

Prof. A. BRONZINI. — *Presentazione di un operato di laringectomia per un carcinoma della laringe, a decorso raro.*

Prof. A. BRONZINI. — *Presentazione di una operata di adenoma della ipofisi.*

**Emoperitoneo da rottura del corpo luteo.**

Dott. G. M. CANNATA. — L'O. comunica un caso di emorragia da rottura di corpo luteo, confermato istologicamente, osservato in una giovane con sindrome di appendicite acuta.

**Estirpazione addomino-perineale in un tempo, per neoplasia del sigma retto.**

Dott. G. M. CANNATA. — L'O. commenta un caso da lui felicemente operato di estirpazione addomino-perineale in un tempo per cancro del sigma retto soffermandosi sull'utilità dell'esame radiologico nei tumori alto situati e su alcuni particolari di tecnica usati dai diversi operatori.

---

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

**Cellulite torpida a piastrone della regione addominale inguinale.**

Chevallier e Fiehrer (*La Presse Médicale*, n. 29, 11 aprile 1934) illustrano sotto il nome di flemmone ligneo della regione addomino-inguinale un caso capitato alla loro osservazione e che rientra nel quadro della cellulodermite torpida a piastrone dell'inguine descritta per primo da Favre sulla base di tre sue osservazioni.

Si trattava di un uomo di 42 a. che era stato a loro inviato per adenopatia inguinale, probabilmente linfogranuloma inguinale.

Il p. dopo alcune settimane di malessere, si accorse di una tumefazione che gli era comparsa bruscamente in corrispondenza della piega dell'inguine e che gli impediva la deambulazione e che si accompagnava a febbre fino a 38°. Obbiettivamente la regione inguino-addominale era sede di una tumefazione a forma di piastrone che in alto giungeva a 3 dita al disotto dell'ombellico, lateralmente alla spina iliaca anteriore superiore, medialmente alla linea mediana, in basso limitata nettamente dalla piega inguinale: il colorito era tendente al livido; la superficie leggermente bozzuta; la consistenza uniformente dura; i limiti netti; il dolore alla pressione lieve; la temperatura locale leggermente aumentata. Al disotto, nella reg. crurale, numerose ghiandole indolenti.

L'esplorazione rettale e quella radiologica del tubo digerente: negative.

Nessuna porta d'entrata visibile, lo stato generale alquanto compromesso.

Due punture esplorative dettero esito semplicemente a tracce di liquido ematico che insemenzato in svariati terreni non dette origine a germe alcuno. La reaz. per la sifilide, come quella per il linfogranuloma inguinale risultarono negative.

Con il semplice riposo, senza nessun'altra cura, il piastrone, dopo aver nella prima settimana progredito alquanto, molto lentamente si riassorbì dalla periferia al centro. Tutto era completamente scomparso (rossore, gonfiore, adenopatia, febbre ecc.) in circa sette settimane.

Gli AA. avvicinano il caso da loro descritto, come quelli già illustrati da Favre, al flemmone ligneo del collo di Reclus.

Quanto all'etiologia, essa rimane oscura: gli AA. sono d'accordo con Favre nell'escludere la tubercolosi, il linfogranuloma inguinale, o una causa micotica; mentre però Favre ammette come ipotesi causale la sifilide, gli AA. ritengono che questa possa forse soltanto preparare il terreno, ma che l'elemento casuale sia un germe, sebbene non sia stato finora riuscito possibile il suo isolamento. G. GENTILE.

**Contributo alla conoscenza dei tumori infiammatorii cronici delle pareti addominali.**

G. Marangos (*Wien. Kl. Woch.*, 7, 1934) ricorda un caso di una donna di 18 anni che, 18 mesi dopo un'operazione di appendicectomia eseguita a freddo e decorsa senza alcun disturbo, fu colpita in pieno benessere da una sindrome dolorosa acutissima a carico dell'addome destro; l'intervento dimostrò la presenza nello spessore del muscolo obliquo inferiore di una massa tumorale consistente, del volume di una piccola noce che, all'esame istologico, risultò costituita da tessuto cicatriziale entro cui erano conservate scarse fibrille muscolari.

Già 25 anni fa Schloffer aveva illustrato questi traumi cronici delle pareti addominali, che si impiantano su vecchie cicatrici prendendo il loro posto di partenza da qualche punto di sutura venuto a suppurazione; il loro interesse consiste appunto nella sintomatologia violenta, e sproporzionata al loro volume, che essi possono determinare, mentre talora passano del tutto inosservati. V. SERRA.

**Tumore del glomo sottocutaneo.**

Mason e Weil (*Surg. Gyn. Obst.*, 1934) descrivono un piccolo tumoretto del ginocchio grande quanto un cece, sviluppatosi dopo un trauma che era causa di parestesie e sensazioni dolorose alla gamba; disturbi scomparsi dopo l'exeresi.

Microscopicamente questo tumore ripeteva la struttura dei glomi neuromioarteriosi descritti da Masson nel 1934 e che sono costituiti da elementi vasali (strato di cellule di epilioidi) ed elementi nervosi simpatici.

Tali formazioni presenti sopratutto sulle estremità pare abbiano influenza sulla temperatura cutanea. Sotto l'effetto di un trauma o per altre cause possono divenire iperplastici e allora si hanno tumoretti causa di dolori, disturbi vasomotori nell'arto corrispondente. Ne sono stati descritti finora 40 casi. GHIRON.

**Deformità cistica congenita non comune della regione temporo-mascellare sinistra da germi parotidei embrionali aberranti.**

Si tratta di una bambina che dalla nascita presentava una tumefazione alla regione temporo-mascellare sinistra della grandezza di un mandarino e che all'età di un anno, quando fu operata, aveva raggiunto il volume di un grosso arancio. Aveva superficie liscia e cute normale, a limiti abbastanza netti, di consistenza molle elastica fluttuante e profondamente indovata, fissa sull'osso temporale.

All'operazione insieme alla grande furono riscontrate anche numerose altre piccole cisti, che furono completamente asportate.

All'esame del liquido L. De Gaetano (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. XIII) riscon-

trò ptialina, onde la diagnosi di cisti farotidea. L'esame istologico diede reperto di cisti multiple, ricoperte da epitelio di varia forma, dal cubico al polistratificato. N. Di Paola.

**Cancro delle ghiandole sudoripare delle mammelle.**

Secondo Lu, Pack, Scharnagel (*Surg. Gyn. et Obst.*, 1933), le mammelle si sviluppano da ghiandole sudoripare modificate. Tubuli ghiandolari di aspetto di ghiandole sudoripare e cisti si possono trovare nella mammella umana adulta. I dati che distinguono i tubuli delle ghiandole sudoripare nella mammella dai dutti galattofori sono: l'eosinofilia del citoplasma, uno strato interno di cellule a colonna, la presenza di cellule mioepiteliali, la tendenza alla formazione di produzioni papillari intracanalicolari e intracistiche. Tali dati anatomici rimangono come caratteristiche in tutte le evoluzioni che possono subire i tubi sudoripari (cisti, papillomi, adenomi e carcinomi).

Secondo l'opinione più diffusa i cancri da ghiandole sudoripare si originano da avanzi di tubuli ghiandolari o da cisti e adenomi papillari. Si sono potuti vedere i vari stadii di questa trasformazione.

Eccetto che per le peculiari proprietà istologiche i cancri da ghiandola sudoripara si differiscono poco dagli altri cancri della mammella. Di solito insorgono a preferenza nelle donne brune che sono dotate di maggior sviluppo di sistema ghiandolare sudoriparo e sebaceo piuttosto alla periferia della mammella e verso l'ascella; danno precoci aderenze alla pelle e ulcerazioni data la loro superficialità. La prognosi e la cura è come per tutti i cancri della mammella. V. Ghiron.

**Tentativo di cura della foruncolosi mediante l'anastafilotossina.**

Accanto alla loro proprietà piogena ben conosciuta, gli stafilococchi possono secernere una tossina i cui caratteri sono oggi nettamente definiti.

Dagli studi dei vari AA. su tale tossina risulta che essa possiede un potere litico, *in vivo* ed *in vitro*, su numerose cellule dell'organismo. Iniettata a dosi opportune nelle vene dell'animale ne determina rapidamente la morte, mentre, iniettata nel derma, anche a piccole dosi, essa provoca una necrosi caratteristica della pelle. Infine iniettata a dosi progressivamente crescenti essa fa apparire, nel siero degli animali, la tossina, *in vitro* ed *in vivo* e produce con questa il fenomeno della flocculazione.

Gli AA. basandosi sulle proprie esperienze nel campo sperimentale hanno tentato di trattare le foruncolosi per mezzo della anastafilotossina: è questa un derivato atossico della tossina stafilococcica che determina sia nell'uomo che nell'animale l'apparizione di antitossina stafilococcica.

Dopo aver descritto la tecnica di preparazione della anastafilotossina, P. Nélis e J. Piérard (*Revue Belge des Sciences Méd.*, aprile 1934) riferiscono su 27 casi così trattati. Sono mancate in genere le reazioni generali. Un solo malato ha avvertito senso di stanchezza, sonnolenza, malessere e febbre: un altro ha presentato una *poussée* d'urticaria alla prima iniezione senza mostrarne altre alle seguenti. La maggior parte dei malati non hanno avuto alcun disturbo ed hanno continuato le loro occupazioni abituali.

Le reazioni locali invece furono costanti ed in generale, abbastanza intense, raggiungendo una superficie quanto una palma di mano. L'eritema che così si manifesta è il più spesso semplice, raramente edematoso o orticarioide, poco o nulla pruriginoso, ma abbastanza doloroso alla pressione. È questa una reazione quasi comune ai vaccini (antitifico, anatossina difterica nell'adulto).

Quanto all'efficacia della cura, si può dire che la maggior parte dei malati sono stati beneficamente influenzati. Una tale azione favorevole si manifesta, dopo alcune iniezioni, con una diminuzione di volume dei nuovi elementi o con una evoluzione più rapida di essi. Una tale azione curativa sembra prolungarsi. Alcuni soggetti hanno presentato delle lesioni fino alle ultime iniezioni ma non ne hanno più presentate in seguito: altri sono stati più rapidamente influenzati e si sono mantenuti guariti per dei mesi. G. La Cava.

**Contributo alla cura delle fistole con le iniezioni sclerosanti.**

Chiariello, della Clinica chirurgica di Napoli, ha fatto uso (*Rinascenza medica*, n. 14, 1934) nel trattamento delle più diverse fistole della soluzione di Restrepo (cloridrato basico di chinino ctg. 40, uretano ctgr. 20, acqua distillata cc. 3), già felicemente adottata da Ravina e Benzaquen. L'iniezione veniva praticata con ago a punta smussa spinto fino al fondo della fistola, avendo cura di occludere bene l'orifizio esterno per evitare che il liquido fuoriuscisse prima che fossero trascorsi 5-6 minuti. In caso di piccole fistole ha trovato utile l'iniezione di qualche goccia della soluzione nei tessuti circostanti alla lesione. I casi trattati sono stati 14; tre riguardano cisti tiroidee. La prima datante da oltre due anni era già stata operata qualche anno prima ma ad onta che la estirpazione fosse stata la più completa possibile, persisteva un piccolo tragitto fistoloso; dopo sei iniezioni la fistola si chiuse completamente. In un secondo caso di fistola mediana del collo anche ebbe guarigione completa; un terzo caso, simile al primo, la guarigione fu parziale.

Il successo fu completo in due casi di fistole coccigee: in uno si trattava di un tragitto lungo oltre quindici centimetri: la cura fu piuttosto lunga. In un caso di piccola fistola ure-

trale, secondo il consiglio di Restrepo, ha introdotto nell'uretra una sonda lasciata a dimora per 48 ore, iniettando una minima quantità di liquido nel tragitto fistoloso. Tale soluzione rimaneva in sito per eguale periodo di tempo, ripetendo l'iniezione per 3 volte a 48 ore di intervallo. La guarigione fu definitiva. Così pure si ebbe la guarigione in 5 fistole tubercolari consecutive ad ascessi freddi: se anche in questi casi si può ammettere che le fistole sarebbero guarite spontaneamente, è da ammettere che le iniezioni ne abbiano accelerato notevolmente la guarigione. Di tre fistole anali, la guarigione si ebbe in due fistole intrasfinteriche a solo orifizio esterno.

Complessivamente i risultati sono incoraggianti ed il metodo merita maggiore diffusione.

MONTELEONE.

## IGIENE.

### Azioni oligodinamiche dei metalli.

Premessa una rassegna storico-sintetica sulle ricerche fatte dai vari AA. riguardo all'azione oligodinamica dei metalli e considerato il meccanismo della azione stessa, G. Piazza (*Giornale di Med. Militare*, aprile 1934) passa ad esporre le ricerche sperimentali personali, che ha eseguito per controllare, dal punto di vista pratico, l'azione dello sterilizzatore Catadin, tenendo anche presente l'eventuale interesse che l'azione di tale metodo potrebbe avere per l'Esercito, specie in colonia ed in campagna.

Adoperando per tale controllo i ceppi del gruppo tifo-coli, i dissenterici, i vibrioni colerici, ha potuto constatare come verso di essi l'azione catadinica si svolga entro limiti di tempo abbastanza brevi, almeno per gli inquinamenti di grado non esagerato, e che il meno resistente si presenta il vibrione del colera.

Ha studiato inoltre l'azione battericida dell'acqua attivata, l'influenza della concentrazione salina dell'acqua sul processo catadinico, l'importanza che ha il numero dei corpi catadinici impiegati e l'influenza della temperatura. Considerando poi come per il giudizio dell'azione svolta da un mezzo depurante debba tenersi presente, più che l'azione sulle acque inquinate con germi provenienti da culture, quella sulle acque inquinate con materiali organici, ha controllato l'azione catadinica inquinando l'acqua con emulsioni di feci.

Ha ricercato inoltre l'azione che l'argento catadinico svolge sui germi contenuti nel latte ed ha tentato con varie reazioni chimiche di poter mettere in evidenza le tracce dell'argento disciolto nell'acqua attivata, come criterio dell'avvenuta depurazione. Infine ha eseguito delle ricerche allo scopo di accertare se, analogamente a quanto è stato descritto da Vignati e Schnabel per il solfato di rame, sia possibile ottenere, mercè l'azione di certi sali, una ripresa della vitalità dei batteri già sottoposti all'azione catadonica, o se il riacquisto della vitalità stessa possa avvenire spontaneamente: ha avuto sempre risultati negativi.

Dal complesso delle ricerche compiute l'A. crede di poter concludere che, per quanto concerne strettamente l'Esercito, per il momento il sistema Catadin, dato il tempo che occorre per la potabilizzazione dell'acqua e data la mancanza di una prova sicura dell'avvenuta depurazione non sia preferibile ad altri procedimenti basati su metodi chimici. Non esclude però che con il perfezionamento degli apparecchi, possa tale mezzo divenire pratico anche per l'Esercito. G. LA CAVA.

## MEDICINA LEGALE.

### L'affaticamento, il fattore tossico e morboso nella dottrina delle morti apparenti e improvvise.

S. Marradi Fabroni (*Rif. Med.*, 30 giugno 1934), nell'illustrare la dottrina delle morti apparenti e improvvise, espone quanto spetti, nella loro genesi, all'affaticamento, al fattore tossico e morboso. Esprime inoltre il concetto che al seguito di siffatte evenienze si determini uno stato intermedio tra la vita e la morte il quale avrebbe inizio non appena scomparsi i sintomi esteriori della prima per terminare normalmente al verificarsi dei fenomeni distruttivi propri della seconda.

Ma questo stato, secondo l'A., può presentare anche l'eventualità di un ritorno alla vita nei casi dovuti a semplice azione inibitoria sui centri nervosi da fattori meccanici o tossici od irritanti, endogeni o esogeni.

Tali evenienze reclamano la necessità di essere tempestivamente diagnosticate, e l'A. ritiene che possano rendersi evidenti nella loro attualità con la ricerca dell'ossigeno in seno ai tessuti. C. TOSCANO.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Il cloro della vescichetta biliare nell'ittero catarrale.

Normalmente la concentrazione della bile nella vescichetta biliare è subordinata in special modo ad un riassorbimento dell'acqua e dei cloruri.

Chabrol, Chavannat, Cachin e Cottet (*C. R. Soc. Biol.*, n. 39, 1933, t. CXIV) hanno voluto studiare se l'assorbimento del cloro nella vescichetta biliare degli epatici si compisse nello stesso modo che normalmente. All'uopo in 15 ammalati afebbrili, sui quali l'ittero durava da 12-30 giorni in una colemia oscillante tra 16 ed 80 centg. di bilirubina, per litro, prelevavano la bile dal duodeno col metodo di Meltzer-Lyon per ottenere la bile A e di poi la bile B della cistifellea.

Oltre ai cloruri furono dosati i pigmenti

biliari (bilirubina, ecc.). In 14 ammalati, su 15, il cloro della bile della cistifellea era più elevato che la bile epatica: infatti le cifre del cloro della bile B erano di 3.51-2.48 ‰. In due osservazioni le differenze di cloro nelle due qualità di bile era di 2 e 2.37 gr. e vi corrispondeva un notevole aumento dei sali e pigmenti biliari (1-12; 1-13). Negli altri itterici le differenze erano meno marcate ma quasi sempre dimostrabili.

Cosicchè nel 93 % di ammalati affetti da ittero catarrale nel periodo di stato si nota nella bile della cistifellea un tasso di cloro più elevato che nella bile epatica.

Tali valori gli AA. poterono confrontare con prove analoghe praticate in individui normali (13) ed in ammalati azotemici. Infatti nell'84 % dei normali la bile della cistifellea era meno ricca di cloro che la bile epatica; nei normali tale proporzione si elevava al 100 %. JURA.

## POSTA DEGLI ABBONATI

*Il dosamento del glucosio nel sangue.* — Al dott. C. Arrigoni, da Stradella:

Il metodo di Schäffer e Hartmann è stato descritto da L. Preti alla Soc. lombarda scienze med. e biologiche (1924). Ne diamo i punti più essenziali.

Presa di 3-4 cmc. di sangue dalla vena; si mettono in provetta con pochi decigrammi di ossalato di sodio. Agitare dolcemente, in modo da impedire la coagulazione. Aspirarne un cmc. che si versa in un piccolo matraccio. Si aggiungono: 10 cmc. di acido solforico 1/12N ed un cmc. di tungstato sodico, soluz. al 20 %. Lasciare in riposo per 10 minuti; filtrare.

*Soluzione per la titolazione.*

*A*) Sciogliere 40 g. di carbonato di sodio anidro in 400 cmc. di acqua dist.; a parte sciogliere solfato di rame g. 5 con 7,5 di acido tartarico in 150; a parte ancora g. 0,7 di jodato di potassio, 10 di joduro di potassio e 18,4 di ossalato di potassio in 250 cmc. di acqua. Mescolare alla prima la seconda soluzione e, poi, la terza.

*B*) Acido solforico, soluz. N.

*C*) Tiosolfato di sodio, soluz. 5/1000 N.

*D*) Salda d'amido all'1 %.

A 6 cmc. del filtrato (corrispondenti a ½ cmc. di sangue), aggiungere, in un piccolo matraccio 5 cmc. di *A*). Tappare il recipiente e tenere in acqua bollente per 15'. Raffreddare sotto getto di acqua fredda. Aggiungere 5 cmc. di *B*) e ½ cmc. di *D*) (colorazione verde-azzurra). Lasciar cadere da una microburetta la soluz. *C*) fino a quando la colorazione azzurra scompare ed è sostituita da una giallo-citrino.

Fare, prima o dopo, la titolazione del reattivo *A*), eseguendo le stesse operazioni, salvo che, invece del filtrato, si aggiungono 6 cmc. di acqua dist. La differenza fra i cmc. usati nella prova in bianco e nella titolazione equivale alla quantità di rame ridotto. Ogni cmc. della soluz. *C*) corrisponde a mg. 0,318 di rame; ogni mg. di rame ridotto corrisponde a mg. 0,1 di glucosio per 100 cmc. di sangue. Nel lavoro del prof. Preti, vi è una tabella per risparmiare i calcoli.

Il metodo di Bang, ampiamente descritto dal manuale « Gli esami di laboratorio » di Alessandrini, Pampana e Sabatucci (L. Pozzi ed., Roma), offre i vantaggi di essere preciso, di non difficile esecuzione e di esigere soltanto 1/10 di cmc. di sangue (che si può quindi anche prelevare dalla puntura di un dito). Ancora più semplice e rapido è il metodo Crocelius-Seifert, che esige però un apparecchio abbastanza costoso. *fil.*

## VARIA

### Il fischietto di Charlot.

In un film di qualche tempo fa (*Le luci della città*) si vede il noto attore cinematografico Charlot ingoiare un fischietto che rimane in gola, sicchè ogni movimento espiratorio più o meno forzato è accompagnato da un fischio, che provoca la più schietta ilarità. La trovata dell'umorista ha ora la sua corrispondenza nella realtà, in un'osservazione che F. J. Collet riporta in *Lyon médical* dell'11 febbraio 1934. Si trattava di un bambino di 12 anni, che aveva ingoiato l'ancia metallica di un fischietto e che non aveva nè dispnea, nè accessi di tosse, tanto che si sarebbe creduto che il corpo estraneo fosse stato deglutito; ciò che dimostrava la sua presenza nell'albero respiratorio era un rumore di trombetta che si aveva nelle espirazioni profonde e che si udiva anche ad una certa distanza. Il rumore non era dovuto al soffio che l'espirazione produce al contatto con un corpo estraneo, ma ad un vero rumore di trombetta provocato dall'aria espirata sull'ancia vibrante situata nell'interno del bronco.

La radiografia dimostrò la presenza del corpo estraneo in corrispondenza dell'VIII costola destra. Si ricorse alla tracheotomia, completata dalla tracheostomia con 4 punti di sutura cutaneo-mucosa. Dopo anestesia del condotto ed introduzione di un tubo da 7 mm., si potè estrarre il corpo estraneo.

Generalmente tali corpi estranei nelle vie respiratorie dànno un soffio in- ed espiratorio, percepito alla bocca, mentre non lo si ascolta sul torace. *fil.*

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

U. SARAVAL. *Denti ritenuti.* — Tip. Officina Grafica Fresching, Parma, 1934.

E. COELHO et J. ROCHETA. *Etudes expérimentales sur la pathogene de l'oedeme aigu du poumon.* — Masson & C., Paris, 1934.

# POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

## Il Nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie.

(R. Decreto 27 luglio 1934, N. 1265, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* N. 186 del 9 agosto 1934).

*Riportiamo qui sotto le poche righe scritte dagli Illustri autori per presentare ai Medici il lavoro svolto e gli intendimenti da cui essi sono stati guidati nell'opera di illustrazione e di commento ai 394 articoli delle nuove Leggi* (1).

« A precisare gli scopi che ci siamo prefissi basta il titolo preposto al lavoro; come essi siano stati raggiunti non dobbiamo dirlo noi: lo giudicheranno coloro che avranno bisogno di consultare il nostro commento.

Si tratta di uno studio, non vasto e inutilmente pomposo, delle varie disposizioni di legge; ma sobrio, accurato: tale da poter dare una direttiva sicura per la interpretazione di esse.

Qua e là nelle parti più tormentate dalla trattazione, come ad es. in quella relativa agli ufficiali sanitari, alle condotte ed ai sanitari condotti, il commento è più esteso, i richiami alla giurisprudenza sono più larghi, e si è fatto anche un fugace cenno alle questioni prima esistenti, ed ormai già quasi tutte risolte.

In generale, però, il commento non ha la pretesa di voler dar fondo a quanto in questa materia sarebbe stato pur possibile dire, se non si fosse voluto dar carattere eminentemente pratico all'opera nostra.

Commenti a leggi vaste e complesse, come quella di cui si tratta, non possono svolgere ed esaurire tutte le questioni: devono limitarsi a dare le linee fondamentali, logiche e giuridiche, dei vari istituti, affinchè colui che è chiamato ad interpretare o ad applicare la legge, sappia come regolarsi, facendo buon uso della propria logica e della parola della legge.

Anche l'accurata edizione del Pozzi, noto per altre pubblicazioni in materia sanitaria, crediamo concorra a rendere questa nostra opera praticamente utile, pur distinguendosi, per l'elaborazione che della materia da noi è stata fatta, dalle altre che già affrettatamente sono state messe in circolazione a solo scopo di concorrenza libraria ».

ARISTIDE CARAPELLE.
ALFREDO JANNITTI-PIROMALLO.

(1) Volume di circa pag. 750, contenente in appendice anche l'*Elenco delle disposizioni per la tutela della Sanità Pubblica* dal 28 ottobre 1922 al 31 dicembre 1932 e nonchè *due elaboratissimi Indici* della materia trattata. Editore LUIGI POZZI, Roma, Prezzo L. **45**.

## Risposte a quesiti per questioni di massima.

90° *Dottor A. P.* (S.). — Veramente è troppo breve il periodo di servizio prestato; ma, a rigore, essendo stato Lei nominato titolare in base a regolare concorso, essendosi perfezionato il rapporto d'impiego ed avendo Lei prestato servizio, è da ritenere che sia esentato dal limite di età.

91° *Dottor A. B.* (M.). — Sono persuaso che sia obbligato a prestare servizio anche per le necessità dipendenti dalla nuova sezione; ma, risultandone una modificazione della entità della prestazione, può chiedere che sia aumentato lo stipendio e sia attribuita una indennità e, nel caso di contestazione, può ricorrere alla G. P. A. Recentemente il Consiglio di Stato ha ritenuto, a proposito dei medici condotti, che il Comune può modificare la circoscrizione. Se però ne risulti un servizio più oneroso, deve essere regolata la retribuzione in rapporto ai nuovi obblighi.

92° *Dottor L. G.* (M.). — La sua condizione giuridica è già definita: incarico temporaneo. In rapporto ad essa è stabilito il trattamento economico. Non può quindi esercitare azione, nel senso di un vero e proprio rimedio giuridico, per ottenere che sia stabilita una condizione diversa. Può fare domanda in via amministrativa. Nel caso di cessazione del servizio per causa incolpevole, pure essendo assunto temporaneamente, ma in realtà avendo presentato servizio per lungo tempo, è da ritenere che Le sia dovuta una indennità, in base ad un principio generale ammesso dalla giurisprudenza, nei casi di improvvisa cessazione del rapporto di impiego per cause incolpevoli.

93° *Dottor G. G.* (M.). — Gli aumenti periodici sono attribuiti di regola al titolare della condotta, decorrendo il servizio utile dalla data della nomina definitiva. Il servizio interinale non è valutabile per questo effetto se dal capitolato non risulti che gli aumenti periodici sono dovuti anche in relazione al servizio interinale seguito poi dalla nomina definitiva. Se manchi una disposizione in tal senso, nel capitolato o in altro atto, si deve ritenere che il periodo utile incominci dalla data della nomina all'ufficio di titolare.

Il servizio interinale è utile, per disposizione di legge, ai soli effetti della prova; ma questa efficacia particolare non si può estendere ad altri rapporti, mancando anche le condizioni dell'applicazione analogica.

*N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.*

*Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini,* **sono gratuiti.**

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione. cons. leg. del nostro periodico.**

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## MEDICINA SOCIALE

### Siamo soddisfatti dei risultati delle cure prenatali?

Su questo argomento hanno parlato due ostetrici (J. S. Fairbrain e F. J. Browne) e due igienisti (E. Cassie e G. F. Buchan) in una riunione delle Sezioni di Ostetricia e Ginecologia e di Sanità Pubblica della Brit. Medic. Associat. tenuta a Bournemouth (*Brit. Medic. Journ.*, agosto 1934).

L'ostetricia è certamente una parte della medicina preventiva, perchè per quanto riguarda la gravidanza essa tende non solo a facilitarne il decorso normale, ma anche ad ovviare alle anormalità del suo decorso e prevenire gli incidenti del parto.

Per prima cosa bisogna studiare la donna singolarmente, tenendo conto delle condizioni fisiche e psichiche, dell'ambiente e del suo modo di reagire. Oggi si tende troppo, secondo Fairbrain, a trattare la donna gravida unicamente come si farebbe per una vacca, mentre la donna può presentare delle condizioni psichiche particolari dovute ad una gravidanza non desiderata o molto desiderata, e in quest'ultimo caso può comparire un timore morboso che essa possa essere interrotta da qualche incidente imprevisto. Alcune donne sono terrorizzate dall'idea del parto, altre sono completamente indifferenti.

Anche durante il parto la psiche della partoriente ha notevole importanza, e può facilitare od ostacolare il parto.

Inoltre la sorveglianza della donna gravida dev'essere completa e continua, perchè l'albuminuria, le perdite sanguigne, le modificazioni della pressione hanno importanza varia secondo i casi e si può riconoscerla solo seguendo la paziente.

Una delle cause che rende meno efficace la sorveglianza prenatale della madre è che spesso c'è un medico che la vede durante la gravidanza, uno durante e un altro dopo il parto, mentre un solo medico dovrebbe seguirla costantemente.

Il Fairbrain insiste su queste cose, perchè solo per esse si potrà modificare la mortalità materna, che non si è modificata negli ultimi 2 anni.

A questo proposito il Browne cita dati statistici: la mortalità materna era del 3,87 ‰ nel 1911, del 4,04 ‰ nel 1932. Esaminandone le cause, la mortalità materna si è ridotta per quanto riguarda l'albuminuria e l'eclampsia. La ragione per cui la mortalità materna totale non è diminuita si deve forse trovare nel fatto che è aumentato notevolmente il numero delle primipare, nelle quali gli incidenti sono più frequenti.

Certamente le cure prenatali sono inadeguate e inefficaci, se si pensa che in Inghilterra il 42 % dei parti avviene nelle maternità.

Certamente gli esami alle gravide non sono sufficientemente frequenti. Molte Cliniche degli ospedali addetti all'insegnamento non fanno nulla per diminuire l'eclampsia, perchè questa si manifesta sempre nella stessa percentuale.

Le levatrici dovrebbero saper misurare la pressione arteriosa, perchè spesso un'elevazione di questa precede l'albuminuria di parecchie settimane.

Secondo il Browne, da molti ostetrici si esagera oggi negli interventi operativi e mentre la mortalità per parto è diminuita nei casi di sproporzione tra feto e bacino essa è aumentata per tagli cesarei e quindi la mortalità è stata trasferita da una voce all'altra della statistica.

Nella costante percentuale di mortalità da parto bisogna anche tener conto dell'enorme aumento di parti che si effettuano in anestesia. A questo bisogna aggiungere che alcune complicazioni del parto non si possono prevenire con nessuna cura.

Anche la Cassie sostiene che non tutte le donne che devono avere l'assistenza prenatale sono assistite come bisognerebbe che fossero e questo si deve in parte anche al numero grande di donne che chiedono di essere assistite, numero così grande che probabilmente diventerà generale. Anche a Birmingham dal 1916 ad oggi non è diminuita la mortalità materna.

Buchan fa la medesima osservazione e insiste sulla necessità di ridurre al minimo i parti a domicilio. Gli specialisti dovrebbero avere una più vasta preparazione per occuparsi non solo della gravida e della partoriente ma anche dei bambini. R. LUSENA.

---

# CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAPENDENTE (*Viterbo*). — Scad. 15 ott.; 2ª condotta; L. 9500 e quadrienni dec., oltre lire 1548,80 trasp.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

BUSTO GAROLFO (*Milano*). — Concorso, per titoli, al posto di medico condotto. Stipendio iniziale L. 9000, al lordo delle riduzioni e ritenute di legge. Indennità: L. 400 per la bicicletta; L. 1300 per l'incarico di ufficiale sanitario. Documenti di rito. Scadenza 31 ottobre 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi all'Ufficio di Segreteria del Comune.

CATANZARO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 25 sett.; medico direttore della Colonia-Preventorio di Tropea; L. 7800 al lordo delle sole imposte, oltre L. 3000 serv. att.

CIVITELLA DEL TRONTO (*Teramo*). — Scad. 31 ott.; 3ª condotta; L. 7000 e 4 quadrienni di L. 500, L. 2400 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

COSENZA. *Ospedale Civile.* — Scad. 30 sett.; titoli ed esami; tre assistenti ordinari per un biennio. Stipendio netto L. 1584 più una quota parte su compensi operativi. Documenti di rito.

FIRENZE. *Opera Pia degli Ospizi Marini* con sede in Viareggio. — Scad. 15 ott.; direttore sanitario; L. 18.000 e 5 trienni dec., oltre L. 2200 indenn. alloggio e L. 2200 serv. att.; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Rivolgersi all'Opera Pia, via Pietrapiana 46.

FORCHIA (*Benevento*). — Scad. 15 ott.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; età limite 40-45 a.; tassa L. 50.

FORMELLO (*Roma*). — Scad. 30 ott.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., L. 1380 ambulat.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

GALLARATE (*Varese*). *Ospedale Civico.* — Scad. 30 sett., ore 16; medici specialisti: oculista, otorinolaringoiatra e dermosifilopata; aiuto medico; assistente medico chirurgo; assistente medico. Rivolgersi all'Amministrazione.

GUARDAMIGLIO (*Milano*). — Concorso, per titoli, al posto di medico-condotto di detto Comune. Abitanti 2561 dei quali 953 sparsi in campagna e circa 300 poveri. Alla condotta medica sono annessi i seguenti assegni lordi della imposta di Ricch. Mob. e ritenuta Cassa pensioni: stipendio annuo L. 10.500, con 5 aumenti quadriennali del decimo dopo il biennio di prova; L. 625 annue quale Ufficiale Sanitario se dalla Prefettura ne verrà affidato l'incarico, più L. 3500 annue per indennità mezzo di trasporto e L. 1000 per indennità affitto e riscaldamento ambulatorio. Tali assegni e indennità sono soggetti alle ritenute del 12 % di cui il Decreto N. 1491 del 20-11-1930 ed alle altre disposte dal Decr. N. 561 del 14-4-1934. La domanda, in bollo da L. 3, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le relative modalità, possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Guardamiglio, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciasette del 15 ottobre 1934-XII.

IGLESIAS (*Cagliari*). — Scad. 25 sett.; direttore del Dispensario Antivenereo; titoli ed esami; lire 6000; nomina quinquennale salvo rinnovo escluso ogni diritto stabilità; età limite 35 a.

JACURSO (*Catanzaro*). — Scad. 31 ott.; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; età limite 45 a.; tassa L. 50.

LAJATICO (*Pisa*). — Scad. 31 ott.; pel capoluogo; L. 9000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2000 trasp., L. 500 se uff. san.; età limite 35 a. al 30 lug.; tassa L. 50,10.

LENTIAI (*Belluno*). — Scad. 31 ott.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., L. 500 uff. san.

MEDE. — (Vedere PAVIA).

MESSINA. *Grande Ospedale Civico « Piemonte ».* — Scad. 13 ottobre, ore 16; direttore sanitario; età limite 45 a. al 14 ag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; L. 25.000 e 2 quadrienni dec., oltre L. 6000 indennità carica e L. 1300 rimborso spese per direz. Ospedale Consorziale « Regina Margherita »; tassa L. 50,10.

MILANO. — (Vedere a pagina seguente, dopo l'Avvertenza per i Concorsi a condotte medico-chirurgiche).

MINTURNO (*Roma*). — Scad. 31 ott.; 2° reparto; L. 7858,40 oltre L. 1858,55 trasp.; non riduzioni, ma trattenute; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

MONTORIO NEI FRENTANI (*Campobasso*). — Scad. 31 ott.; L. 6500 e 3 quinquenni; tassa L. 50,10 restituibile.

ONIFERI (*Nuoro*). — Scad. 7 ott.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 uff. san., c.-v.; età limite 40 a.

PARMA. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 30 sett. Comprimario chirurgo; L. 4700 e compartecipaz.; 5 assistenti: L. 4500 e c.-v. Età limite 40 a. Titoli ed eventualm. esami. Rivolgersi Segreteria.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 ott., ore 17; 12 assistenti effettivi aggiunti, per varî Reparti; titoli ed esami; medaglie di L. 30; tassa L. 50,10; età limite 33 a. all'1 settembre; nomine e conferme annuali fino a 35 a. Chiedere annunzio alla Segreteria.

PAVIA. *R. Prefettura.* — Concorso per Ufficiale Sanitario pel Consorzio Mede, 15 Comuni, popolazione 31.234. Stipendio, soggetto doppia riduzione Legge, L. 12.000. Indennità di Ispezione L. 4000. Obbligo dell'automobile con indennità di altre L. 4000. Diritti sanitari a norma di legge. Età massima 45 salvo eccezioni di legge. Documenti di rito. Scadenza 15 ottobre. Per chiarimenti rivolgersi al Comune di Mede, oppure alla R. Prefettura di Pavia.

SARONNO (*Varese*). *Ospedale Civico.* — Concorso ai posti di: *a*) Assistente Chirurgo interno; *b*) Assistente Medico interno. Stipendio L. 3500 annue soggette alla riduzione del 12 % e delle ritenute di legge. Percentuali sulle prestazioni medico-chirurgiche e sulle cure ambulatorie degli abbienti e dei Mutuati. Vitto ed alloggio personale gratuito in Ospedale. *c*) Medico Specialista oculista; *d*) Medico Specialista otorinolaringoiatra; *e*) Medico Specialista dermosifilopata; *f*) Medico Specialista pediatra. Percentuale sugli interventi, cure e prestazioni abbienti e dei Mutuati. Scadenza ore 18 del 31 ottobre 1934-XIII. Richiedere informazioni e bandi concorsi all'Ufficio di Amministrazione dell'Ospedale.

SESTO AL REGHENA (*Udine*). — Scad. 31 ott.; L. 8000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., c.-v., L. 3000 cavallo o automobile; età limite 25-35 a.; tassa L. 50,10.

TORINO. *R. Opera Pia-Sanatorio S. Luigi.* — A tutto 31 ott.; due medici assistenti; L. 10.000 lorde

ridotte a L. 9400, oltre vitto e alloggio; titoli ed esami. Rivolgersi alla direzione dell'Opera (regione Tre Tetti).

Tropea. — (Vedere Catanzaro).

Viterbo. *Ospedale Grande degli Infermi.* — Scad. 30 sett.; un aiuto chirurgo e due aiuti medico-chirurgi; titoli; stipendi L. 8500 e L. 7000; c.-v.; età limite 35 e 30 a.; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

---

Milano. — *Concorso a posti di chimico presso il Laboratorio Chimico Municipale.*

È aperto il concorso, per titoli e per esami, a due posti di Chimico presso il Laboratorio Chimico Municipale, alle condizioni fissate dal vigente Regolamento generale ed organico per il personale del Comune. Lo stipendio iniziale è di L. 14.000 all'anno, al lordo delle trattenute di legge nonchè delle riduzioni di cui ai RR. DD. LL. 20 novembre 1930, n. 1491 e 14 aprile 1934, n. 561. Detto stipendio è suscettibile di sei aumenti quadriennali fino a raggiungere il massimo complessivo di annue L. 9800, salvo le trattenute e le riduzioni di cui sopra. Il funzionario nominato a detto posto fruirà inoltre di un assegno di carica di L. 1000 annue e di un supplemento di servizio attivo di annue L. 2800; l'uno e l'altro non valutabili per la pensione e suscettibili entrambi delle trattenute di legge e delle riduzioni sopracitate. Qualora il nominato fosse già iscritto al Fondo Pensioni del personale dipendente dal Comune di Milano, esso continuerà la propria iscrizione al Fondo stesso, con le relative trattenute. In caso diverso sarà soggetto, per quanto concerne il trattamento di quiescenza, alle disposizioni di cui al R. D. L. 15 aprile 1926, n. 679.

Domanda di ammissione e documenti da allegarsi: La presentazione della domanda implica l'accettazione di tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico degli impiegati del Comune di Milano, a norma del relativo Regolamento generale ed organico e delle modificazioni che al medesimo saranno in prosieguo apportate. Le domande, debitamente corredate dei documenti di cui in appresso, dovranno essere stese su carta da bollo da L. 3 e presentate all'Ufficio di Protocollo Generale del Comune (via Rastrelli 7) *non più tardi delle ore 16 del giorno 25 ottobre 1934 A. XII.* Alla domanda i concorrenti dovranno unire i seguenti documenti in carta legale e debitamente legalizzati: — 1) certificato di nascita, dal quale risulti che alla data di pubblicazione del presente bando l'aspirante non ha superato l'età di anni 35. Questo certificato dovrà essere debitamente legalizzato, salvo che sia rilasciato da un Comune compreso nella circoscrizione del Tribunale di Milano. Per coloro che, nel periodo dal 24 maggio 1915 al 4 novembre 1918, abbiano prestato servizio militare, detta età massima è elevata di cinque anni. È elevata di quattro anni per coloro che risultino regolarmente iscritti al Partito Nazionale Fascista prima del 28 ottobre 1922, fatta avvertenza che questo aumento è concesso in aggiunta a quello eventualmente spettante per l'altro titolo sopra considerato. Sono esenti dal limite di età: *a*) gli Aiuti ed Assistenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia e di Chimica e delle scuole di chimica e farmacia presso le Università e gli Istituti di istruzione superiore; *b*) coloro che alla data del bando di concorso prestino servizio presso Laboratori di Igiene e di Profilassi, dipendenti dallo Stato o da altri Enti pubblici, in base a regolare nomina conseguita per effetto di pubblico concorso; *c*) coloro che alla data del bando di concorso prestino ininterrotto servizio, anche per effetto di incarico provvisorio, da almeno tre anni, presso laboratori di Igiene e di Profilassi, dipendenti dallo Stato o da altri Enti pubblici; *d*) gli aspiranti che già prestino servizio di ruolo presso il Comune di Milano o che siano impiegati d'organico presso altre Amministrazioni comunali o che, alla data del presente bando, prestino quali dipendenti del Comune di Milano, non di ruolo e con qualsiasi denominazione, effettivo servizio da almeno due anni; — 2) certificato di cittadinanza italiana. Sono equiparati ai cittadini dello Stato i cittadini delle altre Regioni Italiane quand'anche manchino della naturalità. Questo certificato dovrà essere debitamente legalizzato, salvo che sia rilasciato da Comune compreso nella circoscrizione territoriale della Provincia di Milano; — 3) certificato di buona condotta morale e civile, accertata dal Podestà o dai Podestà dei Comuni in cui l'aspirante ha dimorato durante l'ultimo triennio. Questo certificato dovrà essere debitamente legalizzato, salvo che sia rilasciato da Comune compreso nella circoscrizione territoriale della Provincia di Milano; — 4) certificato generale del casellario giudiziario. Questo certificato dovrà essere debitamente legalizzato, salvo che sia rilasciato dal Tribunale di Milano; — 5) certificato rilasciato dal Segretario della Federazione dei Fasci di Combattimento della Provincia in cui ha domicilio il concorrente, attestante l'appartenenza del concorrente stesso ai Fasci di Combattimento, nonchè l'anno, il mese ed il giorno dell'iscrizione. Anche questo certificato — per il quale non è richiesta legalizzazione — deve essere steso su carta legale; — 6) diploma di abilitazione all'esercizio della professione di chimico, o diploma di laurea in chimica, in chimica e farmacia o in chimica industriale, conseguito entro il 31 dicembre 1924, o conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909. Detti diplomi dovranno essere esibiti in originale o in copia notarile; — 7) foglio matricolare o stato di servizio militare, ovvero, per coloro che tale servizio non abbiano prestato, certificato di esito di leva o di iscrizione nelle liste di leva; — 8) certificato di sana e robusta costituzione e di idoneità fisica all'esercizio della carica, salva visita di controllo da parte dell'Ufficiale Sanitario del Comune di Milano. Questo certificato dovrà essere debitamente legalizzato, salvo che sia rilasciato da un Comune compreso nella circoscrizione del Tribunale di Milano; — 9) ricevuta del civico Cassiere per il pagamento della tassa di L. 50 dovuta ai sensi del R. D. 21 ottobre 1923, n. 2361. I certificati di cui ai numeri 2, 3, 4, 5 e 8 debbono essere di data non anteriore ai tre mesi da quella del presente bando. Il concorrente che si trovi in una delle condizioni di precedenza indicate nell'art. 6° del Regolamento generale per il personale del Comune di Milano (I), o di preferenza, indicate all'articolo 1 del R. D. L. 5 luglio 1934, n. 1176 (II) dovrà farne esplicita dichiarazione nella domanda,

indicando il titolo ed allegando i relativi documenti di prova. I documenti di cui sopra ed i titoli scientifici e di carriera che il concorrente ritenesse utile, nel proprio interesse, di produrre, dovranno essere descritti in un elenco in due originali, dei quali uno rimarrà agli atti ed il secondo verrà restituito al concorrente stesso con dichiarazione di ricevuta. Questa procedura dovrà essere seguìta anche per quei documenti e titoli che il concorrente presentasse non unitamente alla domanda, ma in prosieguo e non oltre il *25 ottobre 1934 A. XII*, alla Ripartizione Personale *Oltre il cognome, il nome, la paternità, il luogo di nascita e di residenza, il concorrente dovrà indicare nella domanda un recapito in Milano, al quale, esclusivamente, verranno indirizzate le occorrenti comunicazioni. Il concorrente sarà tenuto ad informare tempestivamente degli eventuali mutamenti di indirizzo.*

AVVERTENZE: Gli esami ed i programmi sono quelli stabiliti alla lett. *a*) n. 1 dei programmi approvati con decreto ministeriale 9 maggio 1927 a norma dell'art. 6 R. D. 16 gennaio 1927, n. 155. La Commissione giudicatrice, alla quale spetta anche di decidere sulla ammissibilità dei concorrenti, sarà composta ai sensi dell'art. 5 del precitato Regio Decreto. Saranno esclusi dal concorso coloro che per qualsiasi ragione non si presentassero nei giorni ed ore che verranno indicate con avviso scritto al concorrente. Non potrà essere nominato il candidato che si trovasse nelle condizioni previste dall'art. 8 del Testo Unico della Legge comunale e provinciale, approvato con R. D. 3 marzo 1934, n. 383. Il nominato si intende aver rinunciato al posto quando non assuma effettivamente servizio entro trenta giorni dalla data di consegna della lettera di nomina. Potrà essere concesso un termine maggiore — non superiore peraltro ai 90 giorni — quando il nominato dimostri di dover assolvere a precedenti impegni riconosciuti legittimi dall'Amministrazione comunale a suo giudizio insindacabile. La nomina sarà fatta per un biennio di prova, durante il quale l'Amministrazione si riserva di procedere al dimissionamento, a suo giudizio insindacabile, in qualsiasi momento. Lo stipendio e l'anzianità decorreranno dal giorno in cui il nominato avrà assunto effettivo servizio. Il vigente Regolamento generale ed organico per il personale del Comune è visibile presso la Ripartizione Personale (Palazzo Marino - 2° piano) dalle ore 9 alle 12 e dalle 14 alle 18 dei giorni feriali, escluso il pomeriggio del sabato.

Milano, 5 settembre 1934 - XII.

*Il Podestà*: MARCELLO VISCONTI DI MODRONE.

*Il Segretario Generale*: G. RIVOLTA.

(I) Art. 6. — ... Nei pubblici concorsi sarà data precedenza per la nomina agli invalidi di guerra di cui agli articoli 1 e 2 della Legge 21 agosto 1921, n. 1312, che abbiano conseguita l'idoneità al posto sino a che non sia stata raggiunta la proporzione di un invalido per ogni 10 posti, o frazione di dieci per gli impieghi richiedenti diploma superiore o di medio grado e del 20 % per gli altri.

(II) Art. 1 del R. D. L. 5 luglio 1934 n. 1176. — L'art. 21 del R. Decreto 11 novembre 1923-II, n. 2395, è sostituito dal seguente:

« Fermi i diritti concessi agli invalidi di guerra dalla legge 21 agosto 1921, n. 1312, nei concorsi per le ammissioni alle singole carriere sono preferiti, a parità di merito:

1) gli insigniti di medaglia al valor militare;

2) i mutilati o invalidi di guerra e i mutilati e invalidi per la causa fascista;

3) gli orfani di guerra o dei caduti per la causa fascista;

4) i feriti in combattimento nonchè quelli per la causa fascista quando siano in possesso del relativo brevetto e risultino iscritti ininterrottamente al Partito Nazionale Fascista dalla data dell'evento che fu causa della ferita;

5) gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, e coloro che siano in possesso del brevetto di partecipazione alla Marcia su Roma, purchè ininterrottamente iscritti ai fasci di combattimento da data anteriore al 28 ottobre 1922;

6) i figli degli invalidi di guerra e degli invalidi per la causa fascista;

7) le madri, le vedove non rimaritate e le sorelle vedove e nubili dei caduti in guerra o per la causa fascista;

8) coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti oppure che risultino regolarmente iscritti ai Fasci di combattimento senza interruzione da data anteriore al 28 ottobre 1922;

9) coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno, nell'Amministrazione presso cui è indetto il concorso;

10) coloro che rivestano la qualifica di ufficiali di complemento, ferme le eccezioni previste dall'art. 10 del R. Decreto 31 dicembre 1923-II, n. 3224, nei confronti di coloro che non abbiano potuto frequentare i corsi allievi ufficiali perchè non idonei fisicamente, e degli iscritti della leva di mare che non abbiano potuto conseguire il grado di ufficiale di complemento per ragioni indipendenti dalla loro volontà;

11) i coniugati, con riguardo al numero dei figli.

« Fra i concorrenti che appartengono ad una delle categorie indicate ai numeri 1 a 10, hanno la precedenza, nelle categorie medesime, salvo le eccezioni predette, i coniugati, e fra questi coloro che hanno maggior numero di figli.

« La preferenza di cui al n. 11 del comma 1° e al comma 2° del presente articolo non si applica ai Corpi armati dello Stato, delle Provincie, dei Comuni, nonchè al personale femminile addetto all'assistenza dei malati di mente degli ospedali psichiatrici, siano essi istituti amministrati direttamente dalla Provincia, ovvero istituzioni pubbliche di beneficenza.

« In via subordinata, nelle categorie indicate ai numeri 1 a 8 e ai numeri 10 e 11 hanno la precedenza coloro che prestino, comunque, lodevole servizio nelle amministrazioni dello Stato.

« Quando la precedenza non può essere stabilita in base alle norme suindicate per parità di requisiti, essa è determinata dalla età ».

CONCORSI A PREMI.

*Fondazione premio A. M. Luzzatto.*

L'Arcispedale S. Anna di Ferrara informa che a tutto il 30 ottobre 1934 è aperto il concorso per il premio di studio dell'ammontare di L. 2000 per onorare la memoria del compianto prof. A. M. Luzzatto, assegnabile all'autore di lavoro o gruppo di lavori, su temi liberi di Clinica o di Patologia, costituenti, in prevalenza, il risultato di studi e ricerche fatte nel Laboratorio intitolato al prof. Luzzatto, presso l'Arcispedale e pubblicati nel biennio

1° aprile 1932 - 31 marzo 1934. Chiarimenti, su richiesta, dalla Segreteria dell'Ente.

*Fondazione premio Vitali.*

È aperto il concorso per il conferimento di un premio 1934-35 di L. 2500 di fondazione prof. Fabio Vitali per il miglior lavoro originale sul tema: « La poliomielite acuta epidemica ». Il tema dovrà essere svolto con ricerche originali da medici inscritti nell'Albo di Venezia, esclusi i primari dell'Ospedale Civile ed istituti dipendenti, e dovrà essere presentato entro il febbraio dell'anno 1935, secondo quanto dispone il regolamento per l'assegnazione del premio. Per ulteriori schiarimenti rivolgersi alla direzione sanitaria dell'Ospedale Civile, Venezia.

*Fondazione Recasens.*

Si annunzia (« Paris Médical », 25 agosto 1934) che la vedova del prof. Recasens, ex-decano della Facoltà medica di Madrid, ha istituito, in memoria del marito, un premio annuale di 18.500 pesete (circa 30.000 lire it.), destinato a ricompensare i migliori lavori contenenti ricerche sul cancro.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà di Medicina di Berlino ha designato dottore *honoris causa* il prof. Mariano R. Castex, titolare di Clinica medica alla Facoltà di Scienze Mediche di Buenos Aires, presidente dell'Accademia Nazionale di Medicina dell'Argentina.

La Commissione per il concorso di coadiutori ordinari in chirurgia negli Ospedali Riuniti di Napoli, costituita dai proff. Gaetano Sorge, Filiberto Iacobelli, Emanuele Gravina, Domenico Pace e Carlo Laccetti, ha espletato i suoi lavori dichiarando vincitori a 11 posti di coadiutori, con la seguente graduatoria, i signori: 1. Caforio prof. Luigi, 2. Fazio prof. Francesco, 3. Cantelmo prof. Orlando, 4. Donadio prof. Nicola, 5. Cervasio prof. Raffaele, 6. Vecchione prof. Filippo, 7. Cozzi prof. Nicola, 8. Mileo dott. Francesco, 9. Brodetti prof. Carlo, 10. Palumbo dott. Ettore, 11. Milano prof. Corrado.

La Commissione per il concorso di assistenti in medicina (degli Ospedali Riuniti di Napoli), costituita dai proff. Giacomo Cicconardi, Edemondo Berger, Luigi D'Amato, Vincenzo Patricelli, Carlo Laccetti, ha espletato i suoi lavori dichiarando vincitori a 18 posti di assistenti, con la seguente graduatoria, i signori: 1. Salvi dott. Pasquale, 2. Torella dott. Michele, 3. Palermo dott. Giulio, 4. Tria dott. Eusebio, 5. De Mattheis dott. Domenico, 6. Schiappoli dott. Franco, 7. Alfano dott. Amedeo, 8. Visconti dott. Pasquale, 9. Cirillo dott. Fortunato, 10. Pace dott. Lucio, 11. Cacciapuoti dott. Raffaele, 12. Caniglia dott. Manfredo, 13. Vetrone dott. Mario, 14. Lezza dott. Mario, 15. Caruso dott. Giuseppe, 16. Giaquinto dott. Mario, 17. Iaccarino dott. Antonio, 18. Scognamiglio dott. Raffaele.

Alla cattedra di psichiatria e neurologia dell'Università di Bonn, messa a concorso, sono risultati: 1° aequo loco e in ordine alfabetico i proff. Bostroem (Königsberg) e Kretschmer (Marburgo; 2° id. id. i proff. De Crinis (Graz) e Gruhle (Heidelberg).

Il Governo giapponese ha invitato il prof. Karl Greve, direttore della Sezione di plastica dentale e mascellare all'Istituto dentario dell'Università di Breslavia, quale professore ospite, per un anno, all'Istituto dentario dell'Università di Tokio; il Greve ha aderito.

Il prof. Juan R. Goyena è nominato presidente dell'Associazione Medica Argentina.

Il dott. Carlos Mainini è nominato presidente della Società Argentina di Tisiologia.

Il prof. Kurt Schneider, di Monaco, è chiamato alla cattedra di psichiatria di Amburgo, lasciata vacante dal prof. W. Weyandt, nominato emerito.

Il dott. Mario Banchiero è nominato presidente dell'Associazione Odontologica Argentina.

Il prof. H. Rosco è nominato presidente della Società Brasiliana di Neurologia, Psichiatria e Medicina Legale.

Il dott. Ernesto Greene è nominato presidente della Società Cilena di Chirurgia.

Il dott. K. Astel, di Weimar, presidente della Lega regionale della Turingia per l'igiene della razza, è chiamato alla cattedra di eredologia e allevamento umano istituita nell'Università di Jena.

## NOTIZIE DIVERSE.

**40° Congresso italiano di medicina interna.**

Il 40° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna si terrà a Roma presso la R. Clinica Medica nei giorni 17-20 ottobre p. v. Presidente del Comitato ordinatore è il prof. Cesare Frugoni. Temi all'ordine del giorno: 1° « Le meteoreopatie » (proff. N. Pende e M. Bufano); 2° « Terapia vaccinica e terapia aspecifica delle malattie infettive » (proff. A. Ferrata e G. Boeri); 3° « Le bronchiectasie » (in comune con la Società Italiana di Chirurgia; proff. A. Omodei Zorini, R. Alessandri, F. Lasagna, A. Vallebona); 4° « Le pleuropatie nell'Esercito » (magg. medico R. D'Alessandro).

Non sono accettate e non iscritte all'Ordine del giorno comunicazioni di soci non in regola con i pagamenti e di aderenti che non abbiano versato la relativa quota di L. 75.

Le comunicazioni, le quali debbono essere presentate non oltre il 15 settembre, debbono riguardare preferibilmente argomenti attinenti ai temi di Relazione.

Ogni socio aderente non può presentare più di due comunicazioni.

Sede e Segreteria del Congresso: R. Istituto di Clinica Medica, « Policlinico », Roma.

Per deliberazione del Consiglio direttivo non potranno essere inscritte quelle comunicazioni non accompagnate da un breve sunto che (se accettato, anche se la comunicazione non sarà fatta) verrà pubblicato negli Atti.

Sono concessi i consueti ribassi ferroviari. Per chiarimenti rivolgersi al segretario del Congresso: prof. Arnaldo Pozzi, R. Clinica Medica, Roma.

**30° Congresso italiano di oto-rino-laringologia.**

Come avevamo annunziato, si è svolto nei giorni 6-9 settembre, a Padova e a Budapest. L'intervento di molti studiosi stranieri ha conferito a queste assise un carattere internazionale.

L'inaugurazione ebbe luogo nell'Aula Magna della R. Università di Padova, alla presenza di alte Autorità. Parlarono il rettore prof. Anti, il preside della Facoltà medica prof. Truffi, il presidente del Comitato organizzatore prof. Arslan, che ha ricordato l'appoggio dato dal Duce e dal Governo Fascista all'Università di Padova, il presidente della Società italiana di laringologia prof. Malan di Torino, che ha tenuto il discorso inaugurale, ed i professori esteri Bujs (Belgio), Belinoff (Bulgaria) e Garman (Ungheria) esaltando lo sviluppo preso dalle scienze in Regime fascista e inneggiando all'amicizia tra le loro nazioni e l'Italia.

Ad un banchetto il prof. sen. Portmann di Strasburgo auspicò ad una più stretta e cordiale intesa tra l'Italia e la Francia, legate da tradizioni di sacrifici comuni; intesa che va considerata come condizione indispensabile per il mantenimento della pace. Ricordò con caldo entusiasmo la recente opera svolta dal Duce per assicurare la pace mondiale.

Ai congressisti è stato offerto un sontuoso ricevimento dal Municipio di Padova.

I congressisti hanno visitato le Terme di Abano.

Del congresso — che va ultimandosi mentre questo numero viene impaginato e messo in macchina — daremo ulteriori notizie.

**11° Congresso italiano di medicina del Lavoro.**

L'XI Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro, che doveva aver luogo a Torino nei giorni 20-22 ottobre, è stato differito ai giorni 25-27 ottobre.

I temi di relazione in ordine di disposizione nelle giornate del Congresso sono i seguenti: proff. N. Castellino e G. Quarelli, « Il lavoro sul mare e sulle acque interne (con particolare riferimento alle malattie professionali dei pescatori) »; prof. A. Ranelletti, « Solfocarbonismo (patologia e clinica) »; prof. G. B. Audo-Gianotti, « Solfocarbonismo: sistema neuro-vegetativo e ghiandole endocrine, con particolare riferimento alle capsule surrenali »; prof. Guglianetti, « Malattie professionali dell'apparato visivo »; prof. Di Donna, « Mezzi di prevenzione contro il solfo-carbonismo ».

Le comunicazioni, sia sugli argomenti di relazione che su altri argomenti di Medicina del Lavoro, devono essere inviate alla Segreteria del Congresso, corso Vitt. Emanuele 8, entro il 15 ottobre, accompagnate dalla quota d'iscrizione al Congresso, di L. 25. Tale iscrizione darà diritto a ricevere gli Atti del Congresso.

La presidenza del Comitato organizzatore (prof. Quarelli) e la Segreteria generale (prof. Vigliani) hanno sede in Torino, corso Vitt. Em. 8.

**9ª Conferenza internazionale contro la tubercolosi.**

Si è tenuta a Varsavia dal 4 al 6 settembre con l'intervento di un migliaio di delegati rappresentanti 43 Paesi. La rappresentanza italiana, composta di circa 100 medici, presieduta dall'on. Raffaele Paolucci, era la più numerosa e le scuole italiane hanno portato un largo contributo di lavoro scientifico e sociale.

Alla solenne cerimonia inaugurale intervennero il presidente della Repubblica, i membri del Governo e il Corpo diplomatico.

Dell'importante Congresso daremo ulteriori notizie.

**Corsi di perfezionamento.**

Sono aperte le iscrizioni al VII Corso di perfezionamento nella Clinica della Tubercolosi e delle Malattie dell'Apparato respiratorio presso l'Istituto « Benito Mussolini », diretto dall'on. prof. Eugenio Morelli.

Tale corso, che avrà come i precedenti la durata di sei mesi, avrà inizio nel prossimo mese di novembre, in giorno da fissarsi. Esso è riservato ai Medici laureati, o comunque muniti del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, ed avrà un programma d'insegnamento corrispondente a quello di un anno universitario. La frequenza è obbligatoria.

Le domande di iscrizione, in carta libera, debbono essere inviate, unitamente al certificato di laurea ed alla tassa di L. 300, alla segreteria dell'Istituto « Benito Mussolini », piazza Venezia 11, Roma. Il numero delle iscrizioni è limitato.

L'annunziato corso di coltura medica presso le RR. Terme di Salsomaggiore avrà luogo dal 25 settembre al 4 ottobre, col patronato della Associazione Medica Italiana di Idroclimatologia. Le lezioni saranno tenute da un eletto corpo inse-

gnante (Rondoni, Pepere, Ferrata, Preti, Foà, Sisto, Razzaboni, Valenti, Donati, Lasagna, Peroni, Nasso, Chistoni, Trambusti, Zoia, Pelagatti, Decio, Alfieri). Tassa d'iscrizione per medici L. 150, per studenti in medicina del 6° anno L. 80; facilitazioni di soggiorno. Rivolgersi all'Ufficio di Propaganda delle RR. Rerme.

Un corso di dermatologia si svolgerà sotto la direzione del prof. Gougerot a Parigi, dal 1° al 27 ottobre; tassa fr. 400. Per informazioni rivolgersi al dott. Burnier, Hôpital St.-Louis, rue Bichat 40, Paris.

Un corso di chirurgia riparatrice ed estetica avrà luogo a Parigi dal 14 al 21 ottobre, sotto gli auspici dell'Alleanza scientifica e medica francese. Rivolgersi al dott. Claoué, rue Scheffer 39, Paris, XVIe.

Nella Clinica ginecologica di Dresda si terrà un corso di perfezionamento per medici, dall'1 al 31 ottobre. Per informazioni: Staatl. Frauenklink, Pfotenhauerst. 90, Dresden-A. 16, Germania.

**Un po' dovunque.**

Il Congresso internazionale di elettroradiobiologia si svolge a Venezia mentre questo fascicolo va in macchina. Ne riferiremo nel prossimo numero.

Un congresso internazionale di medicina assicurativa sulla vita si terrà a Londra verso la fine di luglio 1935, sotto la presidenza dei proff. Langdon Brown e Loeper. Temi: metodi per la valutazione dei rischi; prognosi dell'ipertensione; accettazione dei glicosurici; ulcere peptiche; valore dei mezzi preventivi. Rivolgersi al segretario Otto May, Holborn Bars 142, London E. C. 1., Inghilterra.

Il 21° Congresso francese d'igiene sociale si terrà a Lione dal 7 al 9 ottobre. Segretario generale: dott. Rochaix, rue Pasteur 61, Lyon VIIe.

Il 7° Congresso francese di stomatologia è indetto a Parigi dall'8 al 13 ottobre, nei locali della Sorbona. Segretario generale: dott. Jean Vilenski, rue de Phalsbourg 5, Paris.

La 54ª conferenza annuale dell'Associazione dentaria britannica si è adunata a Dundee il 7 agosto con l'intervento di 250 delegati, sotto la presidenza del dott. W. Graham Campbell.

Un congresso medico costaricense ebbe luogo l'8 aprile nel Sanatorio di Durán presso San José, con la partecipazione del segretario della sanità dott. Solón Núñez e del preside della Facoltà di medicina prof. Lara; venne discussa principalmente la tubercolosi.

Il 2° Congresso internazionale dei medici automobilisti si è tenuto a Utrecht; si è deciso che la prossima riunione di delegati nazionali avrà luogo a Praga nel giugno 1935 e il futuro congresso a Parigi nel 1936.

I medici stranieri inviati dalla Società delle Nazioni per frequentare il Corso internazionale di malariologia a Roma, hanno visitato l'Istituto Superiore d'odontoiatria « G. Eastman », per conoscere l'organizzazione e il funzionamento di questo grandioso Ente, già molto reputato.

In applicazione al regio decreto legge del 12 luglio 1934, che devolve alla Provincia di Roma il patrimonio e le attribuzioni del Brefotrofio, sono state effettuate le consegne fra i rappresentanti delle due amministrazioni. Un nuovo grande Istituto provinciale per l'assistenza all'infanzia, sorgerà fra breve nella zona di Monte Mario.

In Argentina la « Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales » ha approvato un progetto di costruzioni ospedaliere per l'importo di 35 milioni di pesos, ossia oltre 100 milioni di lire it. Il ministro dott. Saavedra Lamas ha ricevuto la Commissione e dichiarato di essere disposto ad appoggiare validamente il progetto, in difesa degli interessi della salute pubblica e dell'assistenza sociale.

Si è costituita a Dresda la prima « Accademia statale per la tutela della razza e della sanità ».

Il 1° agosto è stato aperto a Praga un consultorio per diabetici, a cura di una società cecoslovacca di aiuto ai diabetici.

Il 19 agosto fu inaugurato a Rio de Janeiro un Ospedale tedesco la cui costruzione era stata iniziata appena un anno e mezzo prima. Viene considerato come l'ospedale più moderno dell'America meridionale.

Il ministro spagnolo della guerra ha istituito, nell'Ospedale militare di Madrid, una clinica per malattie digerenti e della nutrizione; sarà diretta dal dott. Angel Rio, specialista per dette malattie nell'Ospedale della Croce Rossa di Madrid.

Il Potere esecutivo della Repubblica dell'Equador ha istituito, presso la Direzione generale di sanità, una speciale Sezione incaricata della lotta antitubercolare, con bilancio autonomo.

La Fondazione Rockefeller suole prestare la sua cooperazione, nelle opere d'interesse sanitario, per un periodo limitato a 5 anni; suole ridurre per gradi i finanziamenti in questo frattempo, così da avviare ad un'azione autonoma. Ha fatto poche eccezioni. Tra queste ve n'è una per la Giamaica, ove la sua cooperazione dura da 15 anni perchè si è dimostrata particolarmente fruttuosa. Essa tende a costituire un servizio sanitario ottimamente attrezzato. I problemi d'interesse più generale, come la lotta contro la tubercolosi, la malaria e la framboesia, sono affidati a commissioni speciali. Si dà molto sviluppo alla propaganda igienica. I risultati sono documentabili con una fortissima riduzione di morbosità e di mortalità.

In Polonia una legge d'iniziativa del Ministero della Guerra dispone che d'ora innanzi la protezione della popolazione civile contro gli attacchi aerei e i gas dovrà essere attuata dal Ministero predetto, o dal Comando dell'Esercito. In tutto il territorio dello Stato dovrà essere sistemata una rete di posti di osservazione e di allarme; dovranno anche essere organizzati ricoveri e posti di soccorso efficienti. Si terranno corsi di propaganda, tra tutta la popolazione, affinchè questa apprenda a fronteggiare il pericolo aereo.

La Casa editrice Gutenberg di Zurigo, Società per azioni, annunzia la pubblicazione di due volumi: « Elementi di balneoterapia » e « I laghi

alpini », di cui il primo consta di una serie di tavole a due colori con spiegazioni in latino, tedesco, inglese, francese e italiano, a cura del prof. Besse; il secondo è dovuto alla collaborazione di varî competenti (per l'Italia il prof. Vinaj), con testo in tedesco, francese, inglese e italiano.

Per chi si prenota il prezzo è, rispettivamente, di franchi svizzeri 4,50 e 3; dopo la pubblicazione il prezzo commerciale sarà, rispettivamente, di franchi svizzeri 6 e 5. Rivolgersi a: Verlagshaus zum Gutenberg Aktiengesellschaft, Rennweg 38-40, Zürich, Svizzera.

Il tribunale correzionale di Parigi ha condannato per truffa tre individui tra loro associati, che lanciavano un presunto affare d'indole medica, per spillare delle cauzioni.

Il 14 luglio furono rese cordiali onoranze al prof. Enrico Rossi, che da oltre un trentennio è segretario medico degli Ospedali Riuniti di Napoli; parlarono il presidente avv. Girace per l'amministrazione e il prof. Pace per la famiglia sanitaria. Al festeggiato furono offerti un artistico bozzetto e fiori.

Mentre il farmacista Raffaele De Paola, ad Aversa (Caserta), manipolava una fialetta, questa si è spezzata e le scheggie lo investivano agli occhi, determinando una forte emorragia; si teme per l'integrità della vista.

Del compianto sen. prof. GIACOMO FILIPPO NOVARO, uno dei più grandi chirurgi che vantasse l'Italia, ci riserviamo di dare ampie notizie in un prossimo numero.

Il ten. gen. medico G. B. CALEGARI, spentosi a 75 anni, è stato un eletto medico e soldato.

La direzione di « Archives Roumaines de Pathologie expérimentale et de Microbiologie », periodico fondato dal prof. J. Cantacuzène, è stata assunta dal prof. C. Ionesco-Mihaiesti.

---



---

## Indice alfabetico per materie.



---



C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI    Roma, 24 Settembre 1934 - XII    Num. 38


# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

## SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma


## SOMMARIO.



# LAVORI ORIGINALI


OSPEDALE DEL LITTORIO - ROMA
PADIGLIONE FLAJANI
diretto dal primario prof. A. CHIASSERINI.


## La colesterinemia nei traumatizzati.


Dott. GIOVANNI PICARDI.


La colesterina, molto diffusa nel mondo animale, è la principale sterina, rappresentata in tutte le cellule o combinate con acidi grassi, sotto forma di esteri birifrangenti, o libera come nelle emazie.

Sostanza cristallizzabile e che si può ottenere allo stato puro, offre delle incognite relativamente alla sua genesi ed al suo metabolismo.

Non è stabilita ancora con esattezza la provenienza della colesterina della bile, nè i rapporti che intercorrono fra essa e gli acidi biliari. In parte può derivare dagli epiteli della mucosa enterica ed anche da quelli delle vie biliari. Però non pare probabile (Aschoff) che la colesterina si formi *ex novo* ed in quantità dagli epiteli, per es. della cistifellea.

Secondo le ricerche di Goodmann la colesterina biliare non aumenterebbe per ipercolesterinemia. Si hanno però delle prove cliniche contrarie a queste ricerche, come è il caso di donne gravide con ipercolesterinemia; casi in rapporto ad ingestione di uova, ecc.

Oggi si afferma anche una colesterinogenesi endogena: la colesterina si originerebbe dal ricambio intermedio e forse l'apparato reticolo endoteliale ha importanza non solo per l'immagazzinamento di colesterina esogena, ma anche per l'elaborazione di quella endogena.

Sappiamo ancora come ad una soppressione di un organo ricco in modo particolare di cellule istiocitarie, la milza, corrisponde un aumento della colesterina nel sangue, in rapporto alla funzione sul metabolismo dei lipoidi.

Anche la corteccia surrenale ed il corpo luteo, ritenuti dalla scuola di Aschoff come apparato di semplice immagazzinamento di colesterina, sono invece ritenuti da Chauffard veri centri di colesterinogenesi.

Nel sangue la colesterina, come in genere i

grassi e i lipoidi, si trova tanto nei corpuscoli che nel plasma.

Ipercolesterinemia, di cui sarebbe responsabile la placenta, si ha di regola nella seconda metà della gravidanza ed anche nel climaterio muliebre, condizioni in cui viene considerata fisiologica.

Colla ipercolesterinemia e lipemia gravidica è in rapporto la cosidetta reazione di Neumann Herrmann, studiata da Gaifami e Cova, consistente nella precipitazione di un estratto alcoolico di sangue, opportunamente diluito, a contatto con acqua.

Patologicamente si ha ipercolesterinemia nel periodo avanzato ed in conseguenza delle malattie infettive; è stato anche affermato che la curva dell'ipercolesterinemia accompagna quella degli anticorpi o della immunità. Infatti nel tifo, dallo studio comparativo della curva termica e della colesterinemia, si potrebbe supporre che questa aumentasse in rapporto collo svolgersi dei processi di immunizzazione. Ronzaut e Cabanis hanno osservato che durante le vaccinazioni antitifiche si ha una reazione ipercolesterinica molto notevole dopo le due prime iniezioni, più debole dopo la terza e che manca dopo la quarta.

Ipercolesterinemia e lipemia si ha pure nel diabete, specie nelle forme gravi con acidosi, in casi di xantomi e xantelasma l'ipercolesterinemia è quasi costante.

Aumento di colesterina e lecitina nel sangue si osserverebbe nell'intossicazione alcoolica (Ducceschi). Secondo E. Keeser ed I. Keeser negli alcoolisti cronici si avrebbe diminuzione della colesterina e dei fosfati nel sangue con aumento notevole in corrispondenza di attacchi di delirium tremens.

Altre condizioni patologiche in cui è frequente l'ipercolesterinemia sono date da molte malattie del fegato; sembra che in questi casi si tratti essenzialmente di un fenomeno da ritenzione dovuto fondamentalmente ad una alterazione della funzione della cellula epatica. Secondo osservazioni di Grigaut, Chauffard, Laroche, la ipercolesterinemia comparirebbe gradualmente in modo parallelo alla soppressione dell'eliminazione biliare attraverso l'intestino, e scomparirebbe a mano a mano che essa si ristabilisce; e anche sperimentalmente è stato osservato che nei cani nei quali è stato legato il coledoco si ha nel sangue un aumento della colesterina parallelo all'aumento della bilirubina e dei sali biliari, mentre non si dimostra un aumento della colesterina nel fegato e nelle surrenali.

Inoltre ad emorragie ripetute succede nell'organismo un aumento della colesterina con ipercolesterinemia; in seguito la curva della colesterina cade bruscamente, e la caduta coincide sempre con disturbi gravi dello stato generale ed un dimagramento rapido. In seguito ad interruzione delle emorragie si produce un'ipercolesterinemia brusca che persiste qualche giorno (Maujac).

Le oscillazioni della colesterinemia in rapporto alle emorragie mi hanno indotto a ricercare il suo comportamento in casi di traumi accidentali.

*
* *

Il metodo impiegato nelle ricerche è quello di Lichtenhaller, che rappresenta una modificazione dei metodi di Authenrieth e Funk.

La determinazione è stata fatta col colorimetro universale Hellige, a prisma standard. Il prelevamento dei campioni di sangue è stato eseguito negli ammalati a digiuno.

Casi esaminati:

I GRUPPO.

I. — Della F. L., a. 59. Frattura collo chirurgico e grande tuberosità omero D.: 25-5-1933.
24-5-1933: Colesterinemia: 1,60.

II. — A. A., a. 23. Frat. diafisi radio D.: 21-5-33.
24-5-33: Colesterinemia: 1,88.

III. — C. P., a. 19. Ferita l. c. regione occipitale. Frattura III esterno clavicola D. Contusioni escoriate multiple: 27-5-33.
27-5-33: Colesterinemia: 1,48.

IV. — P. L., a. 36. Lussazione gomito sinistro: 21-5-33.
27-5-33: Colesterinemia: 1,60.

V. — M. R., a. 32. Frat. clavicola D. e S. Ferita l. c. reg. temporale D. Contusioni escoriate multiple. Choc: 8-6-33.
8-6-33: Colesterina: 1,70.

VI. — Della T. P., a. 33. Frattura clavicola D.: 14-6-33.
14-6-33: Colesterina: 1,60.

VII. — C. L., a. 28. Ferita l. c. vertice. Contusione ginocchio sin. Escoriazioni multiple dorso mani. Frattura XII vertebra toracica: 14-6-33.
14-6-33: Colesterinemia: 1,48.

VIII. — S. A., a. 13. Frattura femore sin. Choc: 16-6-33.
16-6-33: Colesterinemia: 2,20.

IX. — F. C., a. 24. Frat. esposta I falange II-III dito mano sin. Contusione escoriata IV-V dito stessa mano: 17-6-33.
17-6-33: Colesterinemia: 1,48.

X. — B. A., a. 66. Frat. collo femore D.: 26-6-33.
27-6-33: Colesterinemia: 1,96.

II GRUPPO.

XI. — L. A., a. 26. Frat. bimalleolare: 26-6-33.
27-6-33: Colesterinemia: 1,96.

10-7-33: Colesterinemia: 2,20.
20-7-33: Colesterinemia: 1,48.

XII. — C. V., a. 16. Frat. astragalo D. Contusioni multiple. Choc: 26-6-33.
27-6-33: Colesterinemia: 1,60.
10-7-33: Colesterinemia: 1,90.
20-7-33: Colesterinemia: 1,60.

XIII. — M. G., a. 22. Fratt. ossa gamba destra, III medio. Contusioni escoriate multiple arti, tronco. Ferita lacera profonda reg. sottomandibolare. Choc: 5-6-33.
6-6-33: Colesterinemia: 1,96.
25-6-33: Colesterinemia: 2.
10-7-33: Colesterinemia: 1,60.

XIV. — N. M., a. 67. Frattura collo femore sin.: 13-7-33.
15-7-33: Colesterinemia: 1,60.
25-7-33: Colesterinemia: 1,80.
10-8-33: Colesterinemia: 1,48.

XV. — M. P., a. 63. Frat. perone: 14-7-33.
15-7-33: Colesterinemia: 3,20.
30-7-33: Colesterinemia: 3.
10-8-33: Colesterinemia: 1,96.

XVI. — R. D., a. 10. Frat. radio D. III inf.: 3-8-33.
4-8-33: Colesterinemia: 1,48.
15-8-33: Colesterinemia: 1,96.
30-8-33: Colesterinemia: 1,40.

XVII. — S. S., a. 70. Frat. collo sin.: 3-8-33.
4-8-33: Colesterinemia: 1,96.
15-8-33: Colesterinemia: 2,30.
30-8-33: Colesterinemia: 1,68.

XVII. — D. A. M., a. 33. Frat. I falange pollice sin.: 4-8-33.
5-8-33: Colesterinemia: 1,48.
15-8-33: Colesterinemia: 2,40.
30-8-33: Colesterinemia: 1,60.

XIX. — G. F., a. 86. Frattura clavicola destra: 7-8-33.
9-8-33: Colesterinemia: 2.
20-8-33: Colesterinemia: 2,80.
5-9-33: Colesterinemia: 1,48.

XX. — G. F., a. 60. Frat. coste emitorace D. Frat. completa avambraccio D.: 7-8-33.
9-8-33: Colesterinemia: 1,80.
20-8-33: Colesterinemia: 2,40
5-9-33: Colesterinemia: 1,96.

XXI. — A. G., a. 20. Frat. clavicola S.: 8-8-33.
9-8-33: Colesterinemia: 1,60.
25-8-33: Colesterinemia: 2,10.
5-9-33: Colesterinemia: 1,80.

XXII. — C. L., a. 48. Frat. esposta con spappolamento tessuti piede D.: 9-8-33.
10-8-33: Colesterinemia: 1,80.
25-8-33: Colesterinemia: 2,50.
5-9-33: Colesterinemia: 1,96.

XXIII — P. E., a. 19. Frat. esposta gamba D. III inferiore: 9-8-33.
10-8-33: Colesterinemia: 1,60.
25-8-33: Colesterinemia: 2.
5-9-33: Colesterinemia: 1,80.

XXIV. — F. L., a. 34. Frat. esposta gamba D. Frat. clavicola sin.: 9-8-33.
10-8-33: Colesterinemia: 1,96.
25-8-33: Colesterinemia: 3.
5-9-33: Colesterinemia: 2.

XXV. — R. V., a. 21. Frat. gamba D.: 11-8-33.
12-8-33: Colesterinemia: 1,60.
30-8-33: Colesterinemia: 2,10.
10-9-33: Colesterinemia: 1,96.

XXVI. — S. M. B., a. 12. Frat. radio e cubito S.: 17-1-34.
18-1-34: Colesterinemia: 1,60.
4-2-34: Colesterinemia: 2,10.
18-2-34: Colesterinemia: 1,80.

XXVII: P. A., a. 45. Frat. gamba sin.: 17-1-34.
18-1-34: Colesterinemia: 1,80.
4-2-34: Colesterinemia: 2.
18-2-34: Colesterinemia: 1,96.

Ho diviso in due gruppi i casi presi in esame. Nel primo gruppo figurano 10 casi in cui fu ricercato il valore della colesterinemia a breve distanza dal trauma e soltanto allora, a scopo di orientamento per condurre ulteriormente le ricerche.

L'osservazione dei risultati ottenuti in questi casi fa rilevare un tenore della colesterina, nel siero del sangue, tendente verso valori che autorizzano a parlare di ipercolesterinemia.

Tali risultati mi hanno spinto a ricercare il valore della colesterinemia nei giorni successivi al trauma, per osservarne l'andamento; ciò è stato fatto nel II gruppo di 17 casi esaminati.

Qualcuno di questi ultimi esami l'ho compiuto nell'Ospedale italiano di Alessandria di Egitto, e di ciò sono grato al primario chirurgo prof. Crescenzi.

I risultati ottenuti nel secondo gruppo di casi esaminati confermano i dati ottenuti nel primo; di più mostrano che la colesterinemia tende ulteriormente ad accentuarsi, e solo dopo un mese circa il suo valore tende a riportarsi verso quello ottenuto rispettivamente nel primo esame. In altri termini osserviamo che la colesterinemia si eleva fin verso il ventesimo giorno e dopo declina.

* * *

Non pare si possa considerare questo aumento della colesterinemia come un fatto accidentale, perchè in tutti i casi si sono avuti risultati simili.

Il trauma e le sue sequele — processi di riparazione — entrano certamente in gioco nel determinismo del fenomeno, che tuttavia varia anche in rapporto all'età ed alle condizioni dei pazienti.

Quale è la causa ed il significato di questo aumento di colesterina nel sangue? Domanda

questa a cui non pare possibile per ora dare una risposta.

Si può solo pensare ad una modificazione transitoria del ricambio della colesterina, parallelo e coordinato alle lesioni traumatiche ed alla loro guarigione.

Se si pensa ad alcuni casi patologici in cui si ha aumento della colesterinemia — emorragie non protratte eccessivamente, malattie infettive con attivi processi immunitari in atto — per analogia si potrebbe pensare che l'aumento della colesterinemia sia espressione delle difese organiche che entrano in giuoco.

RIASSUNTO.

Nei traumatizzati con lesioni ossee si ha aumento costante della colesterinemia, il cui massimo valore viene raggiunto verso il ventesimo giorno successivo al trauma.

Consegnato in redazione in maggio 1934.

BIBLIOGRAFIA.

ABELOUS e SOULA. Comptes-rendus de l'Acad. des sciences, 1920.
ALLEN. Journal of metabolic Research., vol. II, fasc. II, 1922.
ANITSCHOFF e CHALATOW. Zeit. f. Allg. Path. u. path. Anat., 1913, n. 4.
BLOOS. Journ. of Biol. Chem., vol. XXXI.
BARRAL. *Précis d'analyse chimique.* Libr. J. B. Baillière et fils, pag. 552 e seg. Paris, 1925.
BRANCATI R. *Azione della colesterina e delle saponine sullo sviluppo dei tumori sperimentali.* Bull. e Atti Acc. Med. di Roma, anno LIV, f. 7-8-9. Ref. Patologica, 1929, pag. 154.
ID. *Le prove biologiche della diagnosi del cancro.* Relaz. III Conv. Naz. Lega Ital. contro il cancro. Istit. Poligrafico dello Stato, Roma, 1933.
BUSINO e FOLTZ. Policlinico, Sez. Med., 1924.
CHAUFFARD. Presse Médicale, nov. 1913.
CIACCIO. Annali di clinica medica, fasc. 1, 1915.
COVA. Folia Ginecologica, vol. IX, fasc. III, 1914.
DE BELLA E. *Colesterinemia e tumori dell'utero.* Arch. di Ost. e Ginec., vol. XIII, n. 8. Ref. Patologica, pag. 46, 1927.
ID. Riv. Ital. di Ginecologia, vol. II, fasc. I.
DECIO. Ibid., vol. II, fasc. II.
EPPINGER e SOPER. Berl. Klin. Woch., n. 33, 1913.
FASIANI. Giorn. della R. Acc. di Med. di Torino, vol. XX, 1917.
GILBERT e GIRODE. Comp. rend. de la Soc. Biol., 1890.
GRIGAUT. *Le cycle de la colestérinémia.* Paris, 1913.
MORELLI E. *Lipoidi e tumori.* Relaz. III Con. Naz. Lega Ital. per la lotta contro il cancro. Istituto Poligr. Stato, Roma, 1933.
RONDONI. *Elementi di Biochimica.* Un. Tip. Ed. Torinese, 1928.
SUE P. *La colesterinemia nell'uomo dopo la splenectomia.* Policl., Sez. Chir., vol. XXXIII.
SIGNORELLI. *La colesterinemia.* Firenze, 1915.
SOTTI e TORRI. *Pathologica,* n. 288-289, 1920.

# NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE UMBERTO I DI FERMO

## La röntgenterapia nella Leishmaniosi cutanea

per il dott. LUIGI RONCONI, radiologo.

Il prof. Mario Monacelli della clinica dermosifilopatica di Roma in pregevoli pubblicazioni e comunicazioni sulla Leishmaniosi cutanea in Abruzzo ha descritta e rappresentata esaurientemente la dermatosi in parola, che costituiva sino a poco tempo fa un'incognita etiopatogenetica, diffusa in special modo lungo le vallate del Teramano e che i pazienti denominavano « il censo ».

In una più recente nota apparsa nella Sezione Pratica del *Policlinico* il Monacelli ci fa conoscere che ha avuto occasione di constatarne un caso in Provincia di Forlì, dato questo importante che depone per la notevole diffusione del male certamente increscioso, se non preoccupante per quanto possa concernere la influenza deleteria sulle condizioni fisiche generali.

Da qualche anno la constatazione del « Censo » in Provincia di Ascoli Piceno e Teramo lungo il litorale adriatico ed in qualche paese dell'interno, aveva in me fatto sorgere il desiderio di vagliare la entità dell'affezione e di precisarne la diagnosi. La dermatosi che affligge moltissimi soggetti ha la sua prevalente manifestazione alla faccia e precipuamente nelle regioni zigomatiche, ubicazione pressochè caratteristica, raramente verificandosi in altre parti del corpo, sempre del resto in punti scoperti: volto, regioni alte del torace, braccia, e ciò in popolazioni di campagna che mettono a nudo codeste parti nei periodi caldi.

Dei molti casi venuti alla mia osservazione due soltanto presentavano l'affezione alle regioni mammarie ed uno all'antibraccio, gli altri tutti ai pomelli del volto.

I giudizi sulla etiopatogenesi del male espressi dai vari colleghi da me interpellati, sono stati disparati e molteplici, non essendosi mai ricorso all'ausilio di esami istopatologici e di conseguenza si attribuivano le manifestazioni morbose a forme neoplastiche, tubercolari o micotiche, nonostante facessero difetto le caratteristiche obiettive peculiari a codeste entità nosologiche.

I mezzi e la riluttanza dei pazienti a sottoporsi alle più fini e utili investigazioni contribuivano a renderne ignota la eziologia.

Il prof. Monacelli è giunto a buon punto a stabilirne la vera natura, avvalorata da incon-

fondibili ricerche di laboratorio, esposte nella nota pubblicata nel n. 21 del maggio 28-1934 della sezione pratica de « Il Policlinico ».

La propagazione della dermatosi in un numero notevolissimo di soggetti di tutte le età, doveva ad ogni modo far pensare ad un processo parassitario per le speciali condizioni di insorgenza nei periodi caldi, costituendo la temperatura elevata un elemento il più favorevole per la trasmissione del male da parte di attendibili zanzare o flebotomi.

Trascurata la investigazione delle sorgenti del male e della sua natura per ragioni non imputabili a deficiente volontà, ne derivava la impossibilità a dirigere la cura secondo un criterio concorde, che ne costituisse l'esito proficuo. E la incertezza della diagnosi, faceva sì che molteplici fossero i tentativi terapeutici.

Ora in questa multiformità di ipotesi diagnostiche ho creduto opportuno ricorrere allo sperimento della cura Röntgen, ritenendola atta a modificare il tessuto malato, a suscitarne tutti i fattori provocati dalla irradiazione e a stimolarne la riparazione e la rigenerazione normale.

La causticazione affidata spesso ad empirici, la escissione, la diatermocoagulazione avevano portato come conseguenza fatale la permanenza di cicatrici spesso deformi e certamente non desiderate quando si pensi alla insorgenza del male in volti muliebri.

La dermatosi che si estrinseca in forma di papula a cui segue un nodulo che si ulcera, in breve si ricopre di una crosta che cade dopo qualche settimana.

Successivamente l'azione patogena rivela fatti infiltrativi e flogogeni di maggiore intensità, determinando un'alterazione progressiva locale, culminante in una manifestazione morbosa deturpante a carattere verrucoso o cheloidale.

È superfluo che io mi dilunghi nel rappresentare dettagliatamente le varie fasi dello sviluppo del processo morboso. I lettori volonterosi che ne abbiano interesse possono ricorrere alla magistrale, completa descrizione del prof. Monacelli, al quale si deve la esatta conoscenza della genesi del male, affliggente molte regioni d'Italia.

A me preme illustrare le mie constatazioni dal punto di vista della terapia irradiante e nel contempo di aggiungere un modesto contributo alle indagini del prof. Monacelli che rappresentano la sintesi di elementi clinici, istopatologici ed epidemiologici, felicemente analizzati.

I due casi da me trattati colla Röntgenterapia si riferiscono ad una Signorina di San Benedetto del Tronto Zaira C. (Ascoli Piceno) e ad una contadina di Martin Sicuro (Teramo) Antonia V. Un terzo caso, in un giovane contadino di Massignano (Ascoli Piceno) è tuttora in osservazione avendo iniziato il trattamento da venti giorni.

La signorina che presentava la caratteristica manifestazione morbosa alla regione zigomatica sinistra e che aveva già ricorso ai soliti sistemi cauterizzanti senza risultato, è stata sottoposta a irradiazione Röntgen il 2 giugno 1932. Nessuna alterazione obiettiva clinica si constatava nelle regioni vicine e la ragazza asseriva di aver goduto sempre ottima salute.

La lesione datava da circa un anno ed all'inizio della cura radiante si notava una piccola chiazza eritematosa rotondeggiante a bordi sfumati con nel mezzo una crosta aderente a guisa di bottone. Colla mano esplorante si rilevava un infiltrato di consistenza duro-elastica, interessante i tessuti superficiali, spostabile, indolente, se si eccettui un senso di fastidio alla pressione. Rassicurata la signorina, che era in uno stato di viva apprensione, della innocuità del mezzo curativo, procedetti ad una prima applicazione, diretta sul focolaio morboso. Due sedute alla distanza di un mese l'una dall'altra furono sufficienti per determinare la completa regressione dei fatti infiltrativi nodulari e flogistici con assenza di reliquati cicatriziali, manifestamente rilevandosi la restitutio ad integrum della cute malata.

Il risultato ottenuto colla terapia X, ha pienamente risposto all'aspettativa. Ho rivisto la signorina dopo due anni dalla irradiazione ed ho potuto constatare la persistenza della perfetta reintegrazione del tessuto cutaneo nella zona colpita senza il minimo reliquato appariscente, e senza infiltrazioni dei tegumenti, ciò che costituisce ormai l'elemento precipuo per dichiararne la guarigione definitiva.

Il secondo caso concernente la donna di Martin Sicuro mostrava caratteri clinici non dissimili dal primo, e colle stesse modalità di trattamento ho ottenuto pressochè l'identico successo, essendo residuata nella regione sottoclaveare sinistra, sede d'impianto della lesione, una piccola chiazza lievemente escavata di colorito roseo-pallido, senza che la mano esplorante rilevi la minima traccia di infiltrato, a distanza di otto mesi dalla seconda irradiazione.

Il giovane di Massignano inviatomi da un distinto Collega di S. Benedetto del Tronto è attualmente in osservazione come sopra ho enunciato e lascia sperare in un esito lusinghiero in considerazione dei brillanti risultati conseguiti nei due casi precedenti.

In questo caso la dermatosi situata in corrispondenza del 3° inferiore dell'antibraccio destro lascia constatare un conglomerato di no-

duli rilevati a carattere verrucoso di consistenza notevolmente dura, di tinta rossastra tendente al bruno, con nel mezzo linee di apparenza cicatriziale, dati codesti che consentono di giudicare l'alterazione di data non recente, e forse meno suscettibile di una sollecita guarigione, poichè è sempre bene che l'intervento sia il più possibile precoce per ottenere i migliori risultati finali.

Per ciò che riguarda la tecnica, ho ritenuto opportuno usare raggi non molto filtrati 3 m/m di All. irradiando direttamente sul focolaio morboso, e somministrando una dose complessiva oscillante fra i 200 e 300 r, a seconda della speciale fisionomia della dermatosi. La irradiazione così praticata non ha dato luogo a nessun fatto reattivo in loco, nè a spiacevoli successivi inconvenienti a distanza, ma ha affrettato in modo rapido la riparazione ed il riassorbimento degli infiltrati.

Da quanto ho esposto in questa nota sulla Röntgenterapia della Leishmaniosi cutanea mi si conceda di permettermi l'augurio che i medici pratici si rendano meno diffidenti e si persuadano della benefica influenza spiegata dal metodo in un processo morboso non influenzabile dai molti sistemi di cura escogitati, nessuno dei quali per quanto mi risulta si è dimostrato giovevole.

RIASSUNTO.

L'A. espone in una nota sintetica gli ottimi risultati ottenuti colla terapia Röntgen in due casi di Leishmaniosi cutanea nell'intento di far conoscere un metodo di cura che rappresenta indubbiamente un'arma preziosa ed efficace contro un male che tende ad assumere una diffusione inquietante in molte provincie d'Italia.

Fermo, 24 giugno 1934-XII.



# OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale Infantile del "Bambino Gesù,, in Roma.

REPARTO « DUCHESSA MARIA SALVIATI »

Primario Medico: Prof. UGO MANCINI

## Porpora emorragica semplice da paratifo B in soggetto affetto da avitaminosi latente

per il dott. UGO PALOMBELLI, assistente.

Ritengo opportuno riferire un caso clinico di porpora emorragica semplice da paratifo B. occorso alla nostra osservazione nell'Ospedale.

Si trattava di un bambino di 8 anni, che presentava, oltre l'infezione paratifoidea a decorso emorragico, anche una forma attenuata o larvata di avitaminosi, di una di quelle discrasie alimentari che è bene classificare come avitaminosi relative o disavitaminosi.

Passo senz'altro alla descrizione del caso clinico.

Sa. Tommaso, a. 8, da Agnone (Campobasso).

Nulla di notevole nel gentilizio.

Nato a termine, ebbe allattamento materno.

Svezzamento e deambulazione in epoche fisiologiche. La dietetica pare non fosse stata particolarmente curata dopo lo svezzamento, sia per scarso interessamento della madre, sia per le tristi condizioni di famiglia e di ambiente.

A 2 anni morbillo non complicato.

La madre riferiva che il b. non era stato, in questi ultimi tempi, sufficientemente e qualitativamente bene alimentato.

La malattia, che il b. presentava, risaliva, come inizio, a quattro giorni prima dell'ingresso in Ospedale. Si era iniziata con febbre alta, tosse con scarso espettorato, modica dispnea. Non vomito; non disturbi a carico dell'intestino.

La mattina dell'ingresso in Ospedale il b. presentava un Rach emorragico alla radice della coscia sinistra, con piccole petecchie in corrispondenza della regione soprapubica. Sul tronco e sul petto si notavano piccole papule di colorito rosso acceso della grandezza di una piccola lenticchia.

Il b. era pallido, alquanto sonnolento.

L'esame degli organi interni risultò negativo; non si notavano sulle braccia cicatrici da pregressa vaccinazione antivaiolosa.

Fu praticata una puntura lombare che dette esito a « liquor » limpido, a pressione normale.

L'esame del tampone nasale e faringeo per il meningococco risultò negativo.

Dopo due giorni di permanenza presso il Reparto Osservazione, il b. fu trasferito al Reparto Medicina maschi, in data 10 marzo 1933.

L'esame obbiettivo non dette nuovi dati all'infuori di un modico e molle tumore di milza e di una lingua patinosa un po' arrossata ai bordi ed alla punta.

Le condizioni generali erano però alquanto depresse. Torpido il sensorio. Scaduto lo stato di nutrizione e di sanguificazione. L'emorragia cutanea, osservate all'ingresso in Ospedale, erano

rimaste pressochè stazionarie sia come distribuzione sia come intensità e tonalità di colore.

La febbre era alta (39-39,5) e continua. Polso 120-130, ritmico.

Traccie di Albumina nelle urine; negativo l'esame microscopico.

In sesta giornata di malattia fu praticata una emocoltura che risultò positiva per il paratifo B.

Vennero praticate altre ricerche cliniche. La conta dei globuli bianchi dette come risultato 6.500. La formula leucocitaria risultò così costituita:

| | |
|---|---|
| Neutrofili | 56 |
| Linfociti | 26 |
| Mononucleati | 18 |
| | 100 |

In decima giornata, mentre le petecchie delle regioni crurali ed inguinali stavano gradualmente scomparendo, si ebbe una notevole invasione a tutto il tronco, sia posteriormente sia anteriormente. La febbre cominciava ad assumere un andamento piuttosto irregolare con esacerbazioni massime sul 38-38,5.

In dodicesima giornata si ebbe risultato positivo della siero-diagnosi di Widal praticata sul sangue del b. che risultò positiva per il Paratifo B, fino ad 1:400.

Al b. intanto venivano praticate iniezioni di calcio e veniva somministrato gr. 1 di urotropina *pro die*.

L'eruzione purpurica al tronco si attenuava. Comparve però un notevole edema delle regioni sacrale e scrotale. L'esame delle urine risultò negativo come il precedente.

Nei giorni seguenti gli edemi sopradescritti si attenuarono.

Vennero allora praticate altre ricerche cliniche:

*a*) lo striscio di sangue colorato con il Giemsa non fece notare alterazioni ematologiche sia della serie bianca che rossa;

*b*) la prova del laccio fu negativa;

*c*) il tempo di emorragia normale e normale il tempo di coagulazione del sangue : ($5^1$; $7^1$);

*d*) numero delle piastrine normale : 200.000;

*e*) una seconda siero-diagnosi di Widal sul sangue risultò nuovamente positiva per il paratifo B nella diluizione fino a 1:400.

Al ventesimo giorno di malattia gli edemi e le manifestazioni purpuriche erano scomparsi; il b. stava benino e leggeva volentieri i suoi giornaletti. Aveva soltanto pochi decimi di temperatura la sera.

Due giorni dopo ebbe violenti dolori addominali non accompagnati da diarrea. Le condizioni generali si fecero molto depresse. Il polso divenne molle, piccolo e di frequenza 140. Temperatura 37-37,2.

Gengive leggermente tumide, facilmente sanguinanti.

Negativo l'esame del torace e del cuore. Teso invece l'addome, che risultava poco trattabile alla palpazione per dolenzia diffusa a tutti i quadranti. Regolare l'alvo.

All'indomani comparsa di nuove manifestazioni emorragiche agli avambracci.

Alla terapia precedentemente praticata venne aggiunto un preparato di vitamina e si accrebbe notevolmente il quantitativo di succo di arancio e di limone che veniva giornalmente somministrato.

Alle ore 24 del ventitreesimo giorno di malattia il b. ebbe improvvisamente un attacco convulsivo con scosse tonico cloniche durate oltre un'ora.

La puntura lombare dette luogo a fuoriuscita di « liquor » limpido a pressione normale senza reticolo. Le ricerche di laboratorio risultarono tutte negative compresa la R. W. che già sul sangue aveva dato esito negativo.

Il mattino seguente il b. era in istato soporoso con atteggiamento degli arti inferiori a « cane di fucile ». Assente il Brudzinski. Accenno al Koernig. Iperestesia cutanea. Dermografismo rosso. Patellari non provocabili. Presenti gli achillei.

L'esame del torace non rivelò nulla di obbiettivo.

Nei giorni seguenti i sintomi nervosi migliorarono. Si ebbe un accenno a nuove poussées emorragiche a carico degli arti superiori (superficie estensoria). Il sensorio era ritornato normale. Furono ripetute tutte le precedenti ricerche sul sangue, tutte con esito negativo, all'infuori della siero-diagnosi di Widal che risultò ancora una volta positiva per il paratifo B.

Al ventottesimo giorno di malattia il b. cominciò a notare scosse cloniche interessanti quasi esclusivamente l'arto inferiore sinistro, che era atteggiato in posizione di flessione. Le scosse interessavano i muscoli flessori sia della coscia, sia della gamba. Piccole scosse si notavano anche alla mano sinistra. *Il b. era perfettamente coscente*. Nell'arto in convulsione i riflessi tendinei non erano provocabili. Il b. non poteva sollevare l'arto dal piano del letto. Non Babinski, non clono. Il riflesso plantare sinistro era diminuito rispetto a quello di destra.

Praticata una puntura lombare (« liquor » normale sia come pressione sia come esame chimico, batterioscopico e citodiagnostico) le scosse convulsive cessarono dopo qualche ora e non si ripetettero più nei giorni seguenti.

Non si ebbero più nuove emorragie cutanee, i sintomi nervosi si attenuarono tanto che in trentottesima giornata di malattia il b. venne dimesso completamente guarito.

Per Porpora emorragica semplice bisogna intendere una serie di manifestazioni morbose, le quali hanno in comune il carattere di manifestarsi sotto forma di una malattia autoctona che dà luogo ad emorragie fugaci e spontanee a carico della cute e, nelle forme gravi, anche talora a carico degli organi interni.

Bisogna considerare la malattia come una vera e propria forma emorragica transitoria.

Nel caso nostro ci trovavamo di fronte ad un b. che presentava un vero e proprio Rasch. La coesistenza di una mancata vaccinazione antivaiolosa avevano fatto sorgere il dubbio che si potesse trattare di un Rasch vaiuoloso. L'ulteriore osservazione fece escludere tale ipotesi.

Si pensò all'inizio anche alla possibilità di una sepsi da meningococco. La puntura lombare con « liquor » limpido, l'esame del tampone delle fauci e del naso negativo per il meningococco, l'emocoltura che dette identico

risultato fecero escludere anche quest'altra possibilità.

Fu appunto l'emocoltura per il Paratifo B., cui si aggiunsero poi il modico tumore di milza e la lingua, che indirizzarono e rafforzarono la diagnosi di infezione Paratifoidea con sindrome emorragica.

È ormai acquisito che quasi tutte le malattie infettive possono dar luogo a manifestazioni emorragiche e tra queste anche il Tifo. Nel Paratifo la diatesi emorragica è meno frequente sopratutto considerando il decorso clinico in genere più benigno e favorevole di questa infezione.

Se gettiamo uno sguardo alla letteratura sull'argomento vediamo che Jochmann ricorda nel 1914 una sepsi da Paratifo B. a sindrome emorragica in cui venne però anche isolato uno stipite streptococcico.

Finkelstein sostiene che le infezioni paratifiche dei primi anni di vita danno frequentemente forme settiche con complicazioni dei reni, vie biliari e midollo delle ossa lunghe.

Jager ne ricorda due casi in lattanti con batteriemia e manifestazioni roseoliche e maculo-papulose in tutto il corpo.

A tale proposito è bene ricordare come Langer nel Pfanndler-Scklossmann ritiene che tali infezioni nei poppanti siano sempre di origine transplacentare.

H. P. Jameson e H. Signy ricordano (1928) un caso di infezione da Paratifo B. con conseguente porpora e bronco-polmonite.

S. Wolff descrisse una sindrome di trombopenia essenziale da Paratifo B.

La quasi totalità degli AA. concordano nel ritenere che alla eziologia della porpora devono concorrere molti elementi. Viene data molta importanza alla debolezza di costituzione, ad uno stato cronico di anemia, ai catarri intestinali subacuti e cronici, alle cattive condizioni di abitazione, e ad una alimentazione incongrua e scarsamente sufficiente.

A queste cause che potremmo chiamare indirette, è bene aggiungere quelle che molti AA. classificano come cause dirette e cioè molti processi morbosi di natura infettiva o tossica.

Varî AA. avrebbero coltivato dal sangue di pazienti affetti da porpora emorragica semplice e dalle petecchie emorragiche numerosi germi. È stato così isolato uno stafilococco (*Cereus Albus* di Fiorentini), uno streptococco, un coli simile (Benedetti), un piocianeo (Neumann), un diplococco capsulato (Van Dungern).

I bacilli del Tifo e Paratifico (Jameson) sono più raramente menzionati.

Latzerich avrebbe isolato un bacillo speciale da lui chiamato Bacillo della Porpora.

Altri avrebbero osservato tale malattia dopo infezioni malariche, difterite, morbillo ed altre malattie da infezione.

Alcuni AA. vedono un certo rapporto tra Tubercolosi e Porpora emorragica, basandosi sul fatto che in molti casi di Eritema nodoso si possono notare i segni di una tubercolosi polmonare, ma parlano di sindrome emorragica a tipo purpurico soltanto nella tubercolosi miliare, che rientra nel quadro della sepsi.

Giroux sostiene che la Porpora semplice deve essere considerata come una sindrome e non come una malattia autoctona. Secondo l'A., il freddo, gli abusi alcoolici, gli strapazzi fisici sono cause coadiuvanti della massima importanza.

È bene ricordare come nella Porpora semplice non si dimostrano modificazioni del tempo di emorragia e di coagulazione del sangue e che è normale il numero delle piastrine.

Nella patogenesi non possiamo nè dobbiamo considerare nessuno di questi fattori. Bisogna ricercare *l'essenza del processo morboso in una tossicosi capillare da causa infettiva e tossica nel tempo stesso.*

Frank pensa ad una paralisi nella funzione dei capillari, con diminuzione del tono capillare, come ha potuto sperimentalmente dimostrare sugli animali previa somministrazione di alte dosi di arsenico, antimonio, sali d'oro e di istamina, sostanza che si può spontaneamente produrre anche nel canale intestinale dell'uomo.

Spetta al Dale l'aver dimostrato che sostanze tossiche della specie dell'istamina possono determinare un restringimento del lume delle piccole arterie e malgrado ciò non aumentare la pressione del sangue. Si tratta quindi di una sostanza avente azione opposta sui capillari e sulle arterie e che esercita una azione dilatatrice specifica sui capillari stessi. In seguito a tale dilatazione dei capillari specialmente venosi il sangue ristagna e questo sangue, a causa della trasudazione del liquido, si riduce come ad una poltiglia di globuli rossi. Se a questo momento le anse capillari arteriose sono dilatate, si può stabilire nella massa che circola lentamente un tale aumento di pressione pulsatoria che i globuli rossi possono essere senz'altro emessi attraverso la parete vasale.

Bisogna aggiungere che con l'abbassamento del tono capillare (paralisi del simpatico) è connessa anche una modificazione fisico-chimica dei colloidi in quanto che il contenuto

cellulare dallo stato viscoso passa ad uno stato più lasso, cosicchè sotto la pressione anche elementi corpuscolati possono essere spinti verso la parete e successivamente fuori della parete vasale.

Concludendo noi dobbiamo ritenere le emorragie occorse nel nostro caso come una conseguenza di una tossicosi capillare determinata dall'azione tossica (paralitica sul simpatico) dovuta alle tossine del germe ed alla azione del germe stesso.

Ma rimane da considerare che a questa azione infettiva deve essere associata un'altra alterazione capillare legata a quello stato di disavitaminosi che noi abbiamo precedentemente ricordato, e che noi avevamo ritrovato nel nostro piccolo paziente. Infatti l'indagine anamnestica, lo stato generale, il reperto gengivale, gli edemi scrotali fugaci, la crisi addominale dolorosa, l'essersi notevolmente giovato della cura vitaminica, non possono non far pensare che nel caso nostro giocasse un importantissimo ruolo la discrasia alimentare. L'unica cosa che non possiamo stabilire di preciso è quanta importanza abbia avuto lo stato di discrasia alimentare nel determinare la sindrome porpurica.

Viene da domandare a questo punto se sarebbe bastata la sola azione tossica del germe (Paratifo B.) sui capillari a determinare la diatesi emorragica. Entriamo quindi nel pieno campo della Eziologia della Porpora Emorragica semplice da noi precedentemente descritta e delle relative cause che la determinano.

Vediamo ora quali sono le alterazioni vasali nelle disavitaminosi.

La Discrasia Emorragica in questa malattia non è in rapporto nè con un difetto di coagulazione del sangue, nè con un tempo di emorragia abnormemente prolungato, nè con una trombopenia. Se vi sono alterazioni, queste si rilevano nelle pareti dei capillari. In questi si osservano alterazioni della sostanza intercellulare delle cellule endoteliali e si trovano delle lacune fra gli elementi cellulari qua e là disgiunti. Secondo Findlay il processo anatomico si inizierebbe con un rigonfiamento e relativa degenerazione dell'endotelio che, ritardando la circolazione, produrrebbe intensa congestione; la degenerazione dell'endotelio altererebbe a sua volta la sostanza intracellulare, facilitando così l'edema infiltrante e l'emorragia.

Alla genesi di queste alterazioni deve stare, oltre un elemento endogeno e costituzionale di scarsa importanza, un'alimentazione qualitativamente insufficiente che costituisce il fondamento della sindrome morbosa.

Non staremo ad elencare le teorie e le opinioni molteplici per stabilire quale debba essere l'alterazione qualitativa della nutrizione per produrre la disavitaminosi e l'avitaminosi nell'uomo. Alcuni pensano si tratti di una denaturazione dei componenti freschi dell'alimento; altri, e sono i più, mettono a fondamento la carenza di vitamina C.; altri ancora parlano di insufficienza di particolari ormoni della nutrizione, senza considerare quelli che danno molta importanza alla lisina, triptofano e speciali combinazioni del calcio.

*Qualunque possa essere la patogenesi delle discrasie alimentari, a noi preme mettere e stabilire un legame, sia pure di grado non reciprocamente valutabile, fra le due affezioni che abbiamo avuto occasione di osservare nello stesso paziente.*

Sarà interessante intrattenerci ora su alcuni aspetti della sindrome morbosa sofferta dal nostro piccolo malato.

Dispensati dal dimostrare la diagnosi di infezione da Paratifo B. sia per i sintomi clinici sia per il risultato delle siero-diagnosi e della emocultura positive, sarà bene considerare alcuni aspetti della sintomatologia iniziale.

Quando il b. si presentò al Reparto Osservazioni, la diagnosi non era certo delle più facili.

Abbiamo accennato come per assenza di cicatrici da pregressa vaccinazione antivaiolosa si fosse potuto pensare ad un vero e proprio Rasch vaioloso, evenienza morbosa che soltanto l'ulteriore osservazione potè escludere.

Si pensò anche, ammaestrati dall'esperienza, all'eventualità di una sepsi meningococcica. La P. L. tolse ogni dubbio.

Spetta all'emocoltura l'aver potuto stabilire una diagnosi precoce che ebbe grandissima importanza per lo svolgimento di tutto il decorso clinico, a proposito del quale trovo molto interessante fermarmi sulla sintomatologia che il piccolo paziente presentò al 23° giorno di malattia e cioè l'improvviso attacco convulsivo tonico clonico generalizzato, con stato soporoso, atteggiamento a « cane di fucile » degli arti inferiori, accenno al Koernig, iperestesia cutanea, dermografismo rosso, ecc.

Esclusa, per il reperto della P. L., la possibilità che si potesse trattare di una localizzazione meningea del germe, bisognava ricollegare la sintomatologia che presentava il paziente ad uno stato irritativo della corteccia cerebrale da probabili alterazioni a tipo encefalitico, ma di entità tale da non dar luogo a modificazioni patologiche del « liquor ».

Tale evenienza veniva a costituire un non

lieve pericolo per la vita del paziente ed una tutt'altro che frequente complicazione.

Noi pensiamo che questa localizzazione insolita, grave per la vita e per gli esiti, dia molta importanza al nostro contributo anche perchè per il decorso completamente favorevole del nostro caso ci sentiamo autorizzati a formulare una prognosi assolutamente fausta.

Per quel che riguarda la cura diremo che noi ci siamo giovati sia della cura sintomatica (cloruro di calcio, Zimema urotropina) sia di una cura causale (vitamine iniettabili e vitamine per os). Entrambe hanno risposto molto bene, pur rilevando che la cura causale della discrasia alimentare abbia giocato un ruolo di primaria importanza nella guarigione del nostro piccolo malato, che noi abbiamo potuto, a distanza di tempo, rivedere fisicamente molto migliorato e senza che si siano più ripetuti i sintomi della diatesi emorragica.

Riteniamo che il fattore vitaminico dovrebbe essere un po' più frequentemente considerato in molti processi morbosi, specie nelle malattie infettive che noi curiamo negli Ospedali Infantili, ove vengono ricoverati molto spesso bambini sofferenti anche per una alimentazione incongrua ed assolutamente insufficiente.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di Porpora emorragica semplice da Paratifo B. in un bambino di 8 anni, che presentava anche uno stato di avitaminosi latente.

Descrive, illustra e discute il caso clinico rilevandone l'importanza.

Ritiene, a fondamento della sindrome emorragica da lui osservata, i due fattori: tossicosi capillare tosso-infettiva e discrasia vasale.

Richiama l'attenzione sulla non frequente possibilità di complicazioni cerebrali in casi di Porpora semplice, ed azzarda, per casi del genere, una prognosi completamente favorevole.

Pensa che l'avitaminosi latente giuochi un ruolo di primaria importanza in molti processi morbosi infettivi e tossici, specie nei bambini ospedalizzati ed ospedalizzabili.

BIBLIOGRAFIA.

Aiello. *Contributo alla patogenesi e alla cura della porpora emorragica.* Riforma medica, 1894, pag. 326.

Allaria. *Ricerche ematologiche sulle porpore.* Rivista clinica ped., 1903.

Benda. *Hématologie et Pathologie du purpura primitif.* Arch. Méd., 1904.

Ceconi. Trattato di medica interna, 1932.

Dionisi. *Lezioni di anatomia patologica del sangue,* 1926.

Erkstein-Finkelstein. *Ueber Purpuraerkrankungen,* 1921.

Ferrata. *Le emopatie.*

Finkelstein. *Lezioni sul sangue,* 1924.

Galdi. *Le diatesi emorragiche.* Riforma medica, 1926).

Grancher e Combus. *Maladies de l'enfance.*

Istituto Biochimico Italiano. *Dieci lezioni sulle avitaminosi.*

H. P. Jameson e A. Signy. *Case of parathyfoid B, infection vith purpura and specific bronco-pneumonia.* Arch. dis. childhood, 3, 338, 242, oct. 1928.

Johmann. *Malattie infettive.*

Marfan. *Clinique des maladies de la première enfance.*

Hohr-Staelin. Trattato di medicina interna, vol. I, parte I e II.

Sabatini Luigi. *Le porpore primitive.*

Samek. *Diatesi emorragiche.* Nistri, Lischi, Pisa, 1931.

Schlossmann. Trattato di pediatria.

Williams on Bruge. *Recent advances in the diagnosis and treatment of purpura haemorragica.*

Wolff. *Werlhofsindrom als Folge einer Paratyphus B. Sepsis bei ein ein. Monate alte Kinde.* Ztschr. Kinderh, 52, 161, 164, 1931.

# STORIA DELLA MEDICINA

## L'emofilia.

### Il morbo di Simeone ben Gamaliele II (*Secondo secolo*).

Dott. Hirsch Loeb Gordon.

Per emofilia s'intende una peculiare anomalia di costituzione consistente in una tendenza straordinariamente grande alle emorragie spontanee e traumatiche e che si verifica prevalentemente nel sesso maschile (1). Infatti le ricerche di Bulloch e Fildes hanno dimostrato che casi veramente emofilici fra le femmine non sono mai stati provati (2). Essa rappresenta in tutti i casi un vizio congenito, e spesso un vizio ereditario. La trasmissione è ginecofora, matriarcale. Un emofilico non trasmette l'emofilia ai figli maschi e nemmeno alle figlie, perchè anche le figlie di emofilici sono apparentemente sane; però queste ultime possono trasmettere a loro volta ai figli maschi quelle condizioni che varranno a farli divenire emofilici (3).

Le vere cagioni dell'emofilia sono ancora ignote nonostante le moltissime plausibili ipotesi fatte che le pareti vasali sieno troppo sottili e manifestino una lacerabilità eccessiva (4).

---

(1) Strümpell. *Trattato di Patologia Speciale medica e Terapia,* 1928, vol. II, parte I, pag. 218.

(2) *Hemophilia.* Memoirs No. 12. Eugenic Laboratory, Un. of London, 1911.

(3) C. Frugoni. *Lezioni di Clinica Medica.* Roma. 1934, pag. 110.

(4) Virchow. *Die Chlorose,* 1872.

Il reperto ematico non rivela peculiari deviazioni dalla norma. Però il tempo di coagulazione del sangue è spiccatamente aumentato. Fonio (5), Minot e Lee (6) opinano che vi sia una deficienza qualitativa d'una delle sostanze antecedenti la trombina, Howell (7) una mancanza quantitativa della protrombina, Weil (8) che l'antitrombina sia aumentata (9).

I sintomi più salienti dell'emofilia sono costituiti dal manifestarsi di emorragie relativamente forti in seguito alle più insignificanti cause esterne e dalla difficoltà e perfino dalla impossibilità d'ottenere l'arresto di qualunque emorragia esterna con mezzi artificiali. E cagionano la morte.

Il compito della profilassi è di tenere gli emofilici lontani da qualsiasi influenza meccanica nociva capace di dar luogo a emorragie. Per ciò che riguarda l'emostasi locale si adoperano i mezzi chirurgici conosciuti. Come terapia generale vennero sperimentati alcuni estratti organici, trasfusioni endovenose di sangue. La terapia ovarica suggerita da Bertarelli nel 1928 (10), e riportata nel 1931 da Birch (11), mantiene molte speranze. Buoni risultati furono riportati da Birch (12) e Kimm (Cina) (13) nel 1932.

Anche in Italia è vivamente discussa (14). Successi notevoli furono ottenuti con la nateina (Vitamine A. B. C. D. con fosfato di calcio) di F. Llopis, il quale sostiene che la emofilia e la porpora sono malattie di deficienza vitaminica (15).

Gli antichi medici greci e romani tentarono di spiegare il fenomeno della coagulazione del sangue secondo le nozioni prevalenti allora sulle proprietà dei quattro elementi fondamentali dei quali la materia era composta.

Così si legge negli scritti del «divino» Ippocrate (460-375 a. C.): «Quando si sgozzi una vittima, il sangue si mostra liquido finchè è caldo e si coagula qualora freddasi; se lo si agiti non si coagula più; locchè dimostra quanto le fibre sono per loro propria natura fredde e glutinose... Il caldo abbonda in tutto il corpo, il freddo abbonda nell'umido; ve ne ha nella quantità necessaria per addensare l'umido; ma se domina il caldo, esso lo fonde; ciò prova che l'umido ha del calore. Ove sia ferito il corpo dell'uomo, qualunque sia il sito, sicchè il sangue ne fluisce, esso uscirà caldo e rimane liquido per tutto il tempo che è caldo; ma dacchè freddasi, o pel freddo suo proprio o per quello venientegli dall'esterno, vi si forma una pelle, certa membrana; togliendo questa pelle, e lasciando alquanto riposare vedesi formarsene un'altra; levata anche questa, ne accaderà pur sempre un'altra a motivo del freddo. Mi dilungai troppo sopra quest'oggetto; concludo adunque che la superficie del corpo esposta all'aria assume di necessità una pelle per motivo del freddo e dell'aria che la colpiscono» (15 b).

Aristotile (384-322 a. C.) ha dichiarato: «Il sangue è composto di acqua e terra, con la preponderanza di quest'ultima... Il freddo lo asciuga e in conseguenza lo solidifica. Quelle specie di sangue che non si solidificano, come quello del cervo, appartengono piuttosto all'acqua e sono molto fredde. Il fatto che il sangue ammalato non si solidifica lo prova, poichè sifatto sangue è della natura del siero, cioè flemma e acqua» (15 c). «Il sangue e il seme sono composti di terra, acqua e aria. Quando il sangue contiene delle fibre allora la terra vi predomina; in conseguenza si solidifica colla refrigerazione e si scioglie coi liquidi. Altrimenti consiste di acqua e non si solidifica... I corpi composti di acqua sono generalmente freddi, quelli composti di terra per lo più caldi perchè il calore è stato attivo nella loro formazione. Quindi il sangue, il seme, il midollo e il sugo dei fichi e simili sono caldi finchè rimangono allo stato naturale, ma quando vengono distrutti e decadono da questo stato non lo sono più. Perchè ciò che resta d'essi è la loro materia, cioè: terra ed acqua» (15 d). «Ci sono certe specie di sangue che contengono le cosidette fibre. C'è del sangue che non ne ha, come quello del cervo e degli antilopi; questo sangue non si *coagula*. La parte acquosa del sangue è più fredda; ecco perchè essa non si coagula. La parte terrosa si coagula, il liquido evaporando durante la coagulazione. Ma le fibre sono di natura terrosa» (15 e).

Galeno (129-211 e. v.) cita da Aristotele (15 f).

Celso (30 a. C.-50 A. D.) scrive: «altri hanno detto... che il corpo ha specialmente bisogno di calore, e questo sta nel sangue. Ma ciò è falso: perchè non è che il sangue di natura sua propria sia caldo, ma fra gli elementi

(5) Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 28, 313, 1914.
(6) Arch. Int. Med., 18, 474, 1916.
(7) Ibid., 13, 76, 1914.
(8) Presse Méd., 13, 673, 1905.
(9) Vedi BAGLIONI. S. Cuore, Roma, 1932, p. 43.
(10) Pensiero medico, 31 maggio 1928. Vedi Policlinico, Sez. prat., 1932, pag. 1990.
(11) Journal of Am. Med. Ass., 25 luglio 1931.
(12) J. A. M. A., 99, 19, 1932.
(13) Ibid., 12, 99, 1932.
(14) Clin. Ped., 7, 1933; Pediatria, 7, 1933.
(15) F. LLOPIS. *Haemophilia.* Leipzig, 1929. Vedi anche: SUCH. Klin. Woch., 1 ott. 1929; Traum. Deut. Z. f. Chir., Band 215, H. 6; SCHRADER. Zentr. f. Chir., 5, 1929; KLEMPERER. Ther. d. Geg., 10, 1929.

(15-*b*) HIPPOCRATES. Opera omnia, Foesius, 1590. De principiis aut carnibus. Caput IV.
(15-*c*) ARISTOTILE. Meteorologica, IV, 7.
(15-d) Idem, X.
15-*e*) Idem. de partibus animalium, II, IV.
(15-*f*) GALENOS. Opera, Lipsiae, 1821-1833. Quod animi mores.

del corpo umano è quello che più rapidamente si riscalda o si rinfresca » (15 g).

Però dagli scritti sia dei citati autori che degli altri loro contemporanei non sembra che gli antichi abbiano avuto neanche una vaga conoscenza della malattia che è ora nota col nome d'emofilia e neppure della diatesi emorragica in generale.

Generalmente si ritiene che il primo a far menzione di questa malattia sia stato il medico arabo Abul Kasem el Zahrawi (Abulcasis Alsaharavius) morto a Cordoba (1013) nel suo trattato di Chirurgia, tradotto in latino da Paolo Ricio: « Et recitaverunt mihi super hoc, quod quibusdam ex pueris suis cum fricaret manu gingivas, coepit sanguis fluere ex illus, donec mortuus sit. Alius vero flebotomatus a minutore sanguinis non cessavit ex eo fluere, donec periit ecc. » (16). Poi per molti secoli successivi niente è stato scritto sulla emofilia fino al 1784, quando il medico americano W. Fordyce osservò in certe famiglie del Northhamptonshire delle emorragie molto ostinate e ribelli, che si trasmettevano direttamente dai genitori ai figli (17).

Fu Schönlein ad introdurla pel primo nella patologia sistematica sotto il nome di emofilia (18); e J. C. Otto il primo fra i moderni a descrivere dettagliatamente nel 1803 un caso emofilitico (19), seguito da Nasse, che nel 1820 indicò il decorso ereditario speciale in questo morbo, rimasto conosciuto come legge di Nasse (20). I lavori successivi di Grandidier, 1877 (21), Hoessli, 1889 (22), Legg, 1898 (23), Stempel, 1900 (24), e quelli di Nolf, 1913 (25) e Horwitz, 1916 (26), coronati dalle investigazioni suddette di Birch, hanno stabilito perfettamente il quadro morboso dell'emofilia.

Per una bibliografia completa sull'emofilia vedi Morawitz (27) Nelson's Loose Leaf Encyclopedia of Medicine (28) e Kraus-Brugsch (28 b).

---

15-*g*) CELSUS. De medicinae libri octo. Lipsiae, 1859.

(16) ALTASRIF. *Liber theoreticae nec hon practicae*. Trad. dall'arabo di P. RICIUS. Augsburg, 1519. Vedi BROCKELMANN. Gesch. d. Arab. Litt., 1898, I, 239.

(17) Frag. Chir. e med., London, 1839.

(18) *Zur Patologia der Impetigines*, 1839.

(19) Med. Reposit, 6, I, 1803.

(20) Arch. f. med. Erfahrungen, I, 385, 1820.

(21) Haemofilia, 1855, 1877.

(22) Zt. f. Klin. Med., 1889, XV, p. 277.

(23) Albutt's System Medicine, 5, 548, 1898.

(24) Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 3, 721, ecc., 1900.

(25) Ergeb. d. inn. Med v. Kind, 10, 277, 1913.

(26) Arch. Int. Med., 17, 543, 1916.

(27) *Die chemie der Blutgerinnung*. Erg. d. Physiologie, 1905, IV.

(28) Vol. IV, pagg. 138-145.

(28-b) Spez. Path. u. Therapie inn. Krank, VIII, 1920, p. 871.

Dopo quello che abbiamo detto possiamo tuttavia dimostrare che prima, molto prima che Bulloch e Fildes (1911) avessero insistito che l'emofilia colpisce solo i maschi, e Nasse (1820) stabilito la legge della trasmissione ginecofora, prima che Fordyce (1784) riportasse per la prima volta nella letteratura europea ed Abul Kasem (ca. 1000) nella letteratura mondiale un caso d'emorragia emofilica, la Tosefta (29), codice orientale compilato alla fine del secondo secolo in Palestina da R. Hija Magnus (30) già ricordava tutte queste nozioni d'emofilia in nome di Simeone ben Gamaliele II, autorità medico-legale della prima metà del secondo secolo in Palestina, Principe (Nasi) del suo popolo, Preside dell'Alta Corte di Giustizia (Sinedrione) in Uscia (31) e riconosciuto dagli imperatori romani come patriarca del suo paese. Suo figlio, il Principe Judah, morto nel 199, amico di Marco Aurelio (chiamato « Rabbi » per eccellenza) compilò il codice della Mishna, mentre Gamaliele, suo bisnonno, era stato il maestro di San Paolo, che di lui ha detto: « Io certo son uomo giudeo... allevato in questa città a' piedi di Gamaliele » (32) « dottor della legge, onorato appo tutto il popolo » (33).

Così si legge:

« [Il caso d'una madre che] ha partorito maschi, li ha fatti circoncidere e sono morti. Essa ha fatto circoncidere il primo maschio ed egli è morto; ha fatto circoncidere il secondo ed è morto. L'opinione di Rabbi [Judah il Principe]: — Essa non deve circoncidere il terzo [perchè la morte dei due maschi per circoncisione ha già stabilito che i maschi di questa madre hanno la disposizione a morire in seguito all'atto della circoncisione, e per il terzo c'è il pericolo di morte]. Simeone ben Gamaliele II (il padre di R. Judah) dice: — il terzo [figlio] essa è obbligata di circoncidere [perchè anche due volte non stabiliscono una regola, ma se anche il terzo muore all'atto circoncisorio allora la diatesi è stabilita] essa non deve circoncidere il quarto (34) ».

La circoncisione è fatta, secondo la Bibbia,

---

(29) Edit. Princeps, Venezia, 1521, tradotta in parte in latino da B. UGOLINI, Venezia, 1755-1757.

(30) Scierira Gaon, Ed. Neubauer, p. 13; Lewin, p. 34.

(31) Horiot 13 b. Secondo le ultime ricerche archeologiche in Palestina, l'antica Uscia fu identificata con la moderna Khirbet Oshah, vicino ad Acca.

(32) Fatti degli Apostoli, XXII, 3.

(33) Idem, v. 34. Infatti a Pisa c'è una supposta « tomba » di San Gamaliele, che secondo una credenza popolare si è convertito al cristianesimo (Clem. Recog. I, 65; Phot. Cod. 171, p. 199). Però il Talmud e la tradizione ebraica non fanno alcuna menzione della sua « conversione », ed è considerato uno dei grandi capi della fede ebraica.

(34) Tosefta Sabbat, XVI.

nella ottava giornata dopo la nascita del bambino (35).

Abbiamo riportato la discussione intorno alla disposizione a morire per causa del trauma circoncisorio presso i maschi della stessa madre. Ora citeremo un caso di mortalità per circoncisione tra i figli di quattro sorelle, riportato nella stessa Tosefta.

« Si trattava di quattro sorelle a Sephoris. La prima sorella fece circoncidere [suo figlio] e questi morì [a causa dell'atto circoncisorio]; la seconda [fece lo stesso] e [il figlio] morì; [del pari fece] la terza [e anche quello] morì. [E quando la quarta sorella ebbe partorito un maschio e arrivò l'ottavo giorno della vita] il caso fu riportato davanti a Simeone ben Gamaliele II il quale disse: — il quarto [figlio] non deve essere circonciso ».

Dalle citazioni fatte non vi è dubbio che Simeone ben Gamaliele II pensava che la mortalità dei maschi per l'atto circoncisorio, quando vi erano state tre ripetizioni tra i figli della stessa madre o di madri sorelle, avvenisse per la disposizione *ereditaria* dei progeni a reagire mortalmente contro questo intervento chirurgico, che i maschi sani e normali subiscono senza conseguenza alcuna. Infatti la Gemara babilonese (compilata dal 200 al 500 dell'èra volgare) che riporta queste citazioni dalla Tosefta, aggiunge (36): « Da ciò si deduce che sorelle stabiliscono la disposizione ». E. Rabba (270-330), Rettore dell'Accademia di Mahoza, Babilonia, dice: — Ora che abbiamo dedotto che sorelle stabiliscono la disposizione [si capisce che] è proibito per un uomo di sposare una donna della famiglia degli epilettici o di coloro afflitti da lebbra. È da notare che anche la medicina dei nostri tempi ammette l'eredità della epilessia (37) e della lebbra (38).

Un altro fatto degno di nota è che la madre è menzionata sempre coll'atto della circoncisione fatale, mentre è il padre che è legalmente obbligato a circoncidere i suoi figli maschi o a farli circoncidere da un « Mohel » professionale che lo rappresenta (39). Al riguardo la Mishna dice espressivamente che l'obbligo di avere il figlio circonciso spetta al padre e non alla madre (40). Questo dimostra che nonostante l'obbligo di circoncidere cada sul padre, la causa della fatalità nella circoncisione si deve cercare nella madre.

Abbiamo quindi trovato che Simeone ben Gamaliele II aveva riconosciuto che la disposizione a morire per trauma circoncisorio era ereditaria e che l'ereditarietà era *ginecofora*.

La spiegazione della causa di morte infantile per circoncisione è data dalla Gemara Babilonese che riporta la tradizione di Simeone ben Gamaliele II (41): « Ci sono delle famiglie il cui sangue rimane fluido (derafe dama) e delle famiglie il cui sangue si coagula (dekamit dama). E allora si tratta della *emofilia* vera e propria come noi la sappiamo, vista, riportata, descritta e anche riconosciuta ereditaria e ginecofora dal principe medico Simeone ben Gamaliele II, patriarca del suo popolo in Palestina sotto il dominio di Roma (circa 150 è. v.), 1700 anni prima di Nasse. Per cui la emofilia dovrebbe essere chiamata il morbo di Simeone ben Gamaliele II.

Un caso di emofilia fu anche riportato, descritto e riconosciuto da R. Johanan (nato a Sephoris nel 199, m. 279), rettore dell'Accademia di Tiberia ed allievo del R. Judah, figlio del Principe Simeone, anche lui autorità medica (42). Fu portato davanti a lui a Maon un terzo figlio, i cui fratellini precedenti erano morti di emorragia in seguito alla circoncisione, e lui permise di circonciderlo, essendo dell'opinione del Principe Simeone che due volte non stabiliscono la regola.

Troviamo una legge (43) secondo la quale un sacerdote non circonciso non può mangiare la sacra *terumah*, cioè le primizie del frumento, del mosto, dell'olio e del vello (44), « offerta » obbligatoria ai sacerdoti. Il sacerdozio era ereditario nella tribù di Levi, e Rashi a. l. (1040-1105) spiega la possibilità d'un sacerdote non circonciso così: « Non circonciso perchè i suoi fratelli erano morti per causa della circoncisione ».

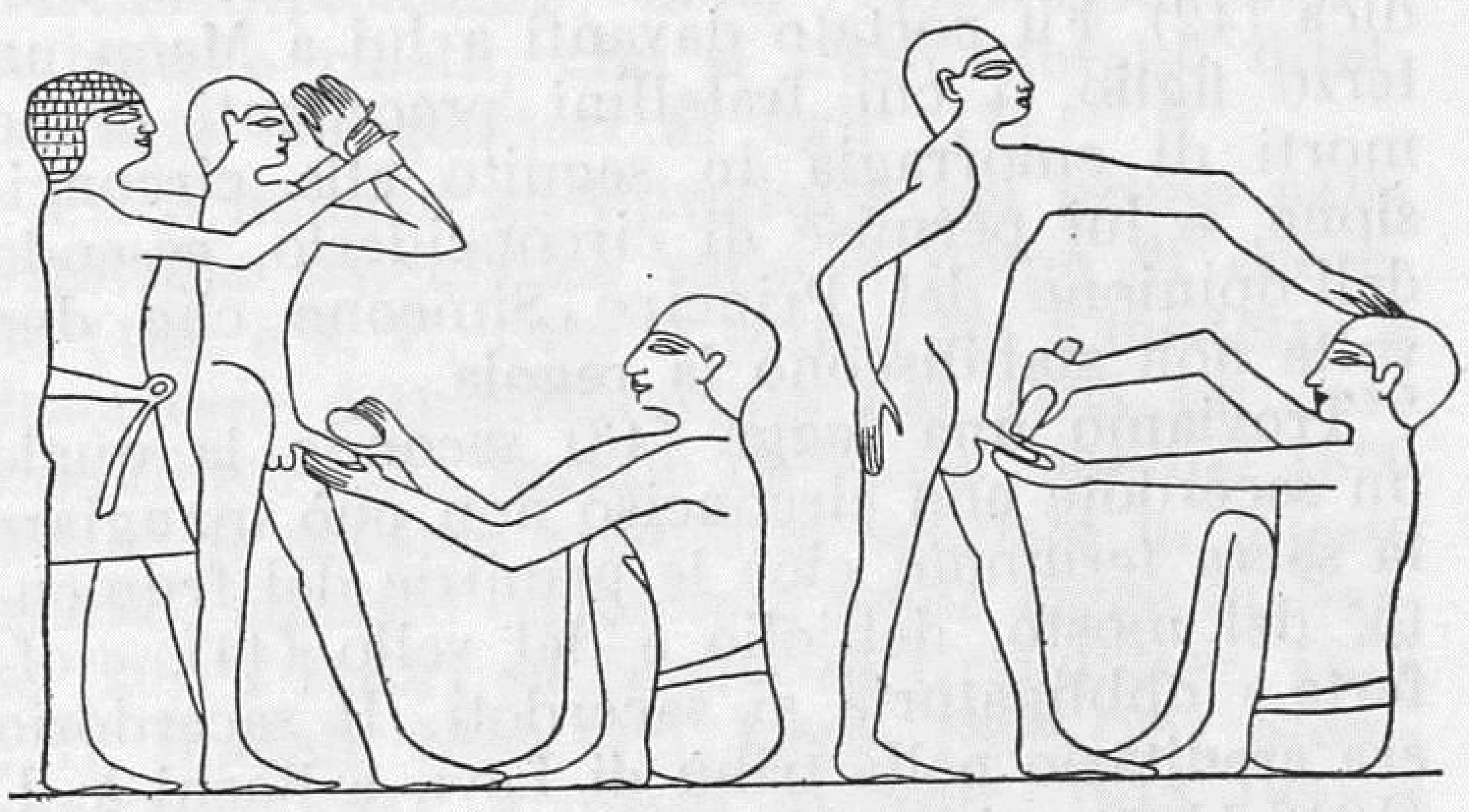
Il Maimonide (1135-1204) ha stabilito nel suo Codice (45) che due circoncisioni fatali dei figli della stessa madre (anche se avuti da due mariti!) dimostrano il pericolo di vita per il terzo, che deve essere lasciato non circonciso fino a che crescerà e la sua forza aumenterà. Questa decisione presa contro il Principe Simeone è motivata dal Maimonide così: « Il pericolo di vita è più importante di tutto. Si può prorogare la circoncisione ma non si può ritornare alla vita ». G. Carò (1488-1575) nel suo Codice (46) consiglia per precauzione di evitare la circoncisione anche se i primi due figli appartenevano a padri diversi (47), ma ha soggiunto: ci sono quelli che differiscono dicendo che il pericolo

---

(35) Gen. XVII, 12.
(36) Jebamot 64 a.
(37) Fu dimostrato che almeno il 10 % degli epilettici sono nati da genitori epilettici. Verschuer. Deut. Med. Woch., 1934, p. 91; Askanazi, in Aschoff's Anatomia patologica, 1914, I, p. 190.
(38) Askanazi. Anatomia Patologica di Aschoff, 1914, I, p. 190.
(39) Maimonide. Leggi della circoncisione, I, I.
(40) Keduscin I, 7.
(41) Jebamot 64 a.
(42) Sciabbat 109b; 110b; Gittin 70a; B. Mezia 29b; Aboda Zara 28b; Joma 23b.
(43) Mishnah, Jebamot VIII, I.
(44) Deut. XVIII, 4.
(45) Circoncisione, I, 18.
(46) Joreh Deah 263, 2.
(47) Mosè Rivkes (m. ca 1680) nel suo *Beer Hagolah* attribuisce questa opinione al R. Manoah, discepolo del Maharam (m. 1293). Vedi H. I. D. Azulai (m. 1806), Scem Hagedolim, 1921, I, 88.

è solo pei figli della stessa madre, non dello stesso padre (48). La proibizione è anche valida se i figli morti appartenevano a due sorelle (49).

Il problema del numero dei casi necessari a stabilire una certa disposizione, una diatesi, una certezza che il fenomeno si ripeterà, ha diviso il Principe Simeone ben Gamaliele II da suo figlio Judah, redattore della *Mishnah*, anche in altre questioni di legge, per esempio, se un bue deve incornare due o tre volte per essere considerato di abitudini incornanti e obbligare il suo padrone a risarcire pienamente i danni fatti (50). O se il periodo mestruale della donna sia stabilito in due o tre volte (51), e se è permesso ad una donna di sposarsi ancora quando i suoi primi due mariti sono morti. In tutti questi casi fu concluso colla decisione di seguire l'opinione del Principe Simeone ben Gamaliele II, i. e. che cioè sia necessaria la *triplice* ripetizione prima di accettare la certezza di futura ricorrenza.



La circoncisione nell'Egitto antico, circa 5000 anni fa. (Le tombe di Saccara, Capart).

La decisione del Principe Simeone nel caso di duplice vedova ebbe un funesto risultato per Abavi (280-338), rettore dell'Accademia di Pumbedita a Babilonia. Volendo dimostrare l'innocuità d'una duplice vedova come sposa, egli fece l'esperimento su sè stesso sposando la vedova Huma (nipote del Rettore precedente dell'Accademia di Pumbedita), i cui due primi mariti erano morti da malattie inspiegabili. Dopo breve tempo decedette anche Abbayi. Quando la notizia triste giunse al Rabba, rettore dell'Accademia di Mehoza, egli esclamò: « Non vi è uomo così coraggioso da fare un esperimento col rischio della propria vita! » (52).

Come può una donna divenire la causa di rapida morte dei suoi mariti? R. Huna (212-297) disse: — « la sua fontana ». [i. e. le genitalia femminili sono la causa]. Ma R. Asci, redattore del voluminoso Talmud babilonese (m. 500) disse: — « cattiva fortuna ». Secondo il R. Asci allora, una vedova di tre volte non deve risposarsi anche se i suoi mariti sono morti per una caduta dalla palma, quando non si può attribuire la loro disgrazia al corpo della moglie.

Nel suo Codice il Maimonide scrive (53): « Una donna che è rimasta vedova due volte, non deve risposare un terzo, ma se si è sposata o anche fidanzata non deve separarsi ». E G. Caro nel suo commentario (« Kesef Mishneh ») al Codice di Maimonide, cita un responso maimonidico: « Non c'è la proibizione di sposare una donna katlanit [i. e. i cui mariti sieno morti presto per casi sconosciuti], ma bisogna scoraggiarla, essendovi persone deboli che possono soffrire credendo sia il caso di magìa, e vivranno in timore permanente. È come il caso di persone le quali hanno paura di mangiare legumi fasciati dall'orticoltore per timore che egli sia stregato (54). Quest'ultima credenza è attribuita ai romani (55).

Esito letale della circoncisione per diatesi emorragica, che non sembra però essere emofilia, troviamo anche in due casi riportati da R. Natan Hababli (il babilonese), figlio dell'esilarcha di Babilonia (55 bis), astronomo (56) e grande autorità in diritto civile. Egli insegnava anche in Palestina, essendo capo tribunale dell'Alta Corte a Uscia sotto Simeone, e aveva fatto viaggi estesi nei paesi vicini. Quando Simeone b. Gamaliele II volle stabilire che al suo ingresso nell'aula dell'assemblea tutti si alzassero e rimanessero in piedi fino a che egli era seduto, ma che invece quando entrava il capo tribunale R. Natan l'assemblea dovesse solamente liberare il terreno per farlo passare, quest'ultimo si ribellò e cospirò per divenire lui il Principe Reggente al posto di Simeone, essendo lui pure progene della casa reale di Davide. Questa conquista del potere per cospirazione non avvenne però con mezzi di violenza, come generalmente avviene in ogni colpo di stato, ma con una maniera *sui generis*, col mezzo d'un « duello accademico ». R. Natan insieme con R. Meir, altro alto funzionario dell'Accademia (Haham), anche lui offeso dal Principe reggente, si accordarono di interrogare la mattina seguente Simeone, quando venisse a fare il suo dotto discorso, con finezze legalistiche sul trattato raro e poco conosciuto di Okezin (l'impurità rituale delle varie parti della frutta). per esibire in tal modo la sua ignoranza ed impiccolire la sua fama legale. Questa congiura fu tuttavia scoperta in tempo; Simeone si preparò anche sul trattato di Okezin e gli attacchi dei due avversari vennero respinti efficacemente. E quando più tardi R. Judah il Principe, figlio di R. Simeone. compilò i 63

(48) Dal Hidusce Agudah, Circoncisione, I.
(49) Ioreh, ib., 3. Dai Pesakim del Ascieri (1250-1328).
(50) Mishnah B. Kama, II, 4; Jebamot 64b.
(51) Niddah 2a.
(52) Jebamot 64b.
(53) Proibiti Matrimonii, XXI, 31.
(54) Hulin, 105b.
(55) Sciabbat 81b; 82a.
(55-*bis*) Hai Gaon (998-1038) citato nell'Aruch, v. Kamra.
(56) Pesahim 94a.

trattati della Mishnah, punì gli avversari di suo padre, riportando sovente le loro opinioni senza menzionarne i nomi, sostituendo a « R. Meir dice », « altri dicono » (aherim omerim), e a « R. Natan dice », « ci sono coloro che dicono » (yesh omerim). Questa punizione era stata adoperata già da Simeone stesso (57).

R. Natan racconta: « Una volta andai alle città [della costa] del mare. Venne da me una donna che aveva fatto circoncidere il suo primo figlio ed era morto, aveva fatto circoncidere il secondo ed era pure morto. Allora col terzo bambino venne davanti a me. Vidi che era rosso e le dissi: Aspetti finchè il suo sangue sarà riassorbito in lui. Essa aspettò fino che il sangue fu riassorbito, lo fece circoncidere ed egli sopravisse. E lo chiamarono Natan Habablì in mio onore » (58).

« Un'altra volta andai a [Cesaria della] provincia di Capadocia e venne davanti a me una donna che aveva fatto circoncidere il suo primo figlio ed era morto, aveva fatto circoncidere il secondo ed era morto. Il terzo [versione gerosolamita: quarto] fu portato a me ed io vidi che era giallastro. Lo osservai più da vicino e non trovai in lui [abbastanza] sangue per il testamento [d'Abramo, i. e. l'atto di circoncisione]. Allora dissi a lei: Aspetti fino a che il suo sangue cadrà in lui. Essa aspettò, lo circoncise e sopravisse. Lo nominarono Natan Hablabli in mio onore » (59).

Il suddetto Abayi ha fatto la stessa dichiarazione in nome di sua madre.

Il Maimonide nel suo Codice (60) sconsiglia di circoncidere un bambino dalla pelle rossa o dalla pelle gialla anche se non vi sono casi fatali precedentemente nella stessa famiglia e aggiunge: « Perchè queste sono malattie si deve essere cauti in questi casi ».

Non sembra che questi casi fossero rispettivamente eritema e icterus neonatorum, come suggerisce I. L. Katzenelsohn (60 b) perchè queste forme sono troppo comuni.

La prima di siffatte forme di diatesi emorragiche descritte da R. Natan sembra essere una *purpura simplex*, il secondo sembra un caso di *status lymphaticus*.

A proposito della emofilia, come morbo di Simeone ben Gamaliele II sarebbe interessante presentare un breve cenno della sua vita e citare alcune delle sue osservazioni mediche. E poichè era un'autorità medico-legale di primo ordine nel Talmud, sarebbe pure utile una breve notizia su quest'ultimo.

Il Talmud (insegnamento) è un nome generico per una certa collezione di tradizioni ebraiche dalla chiusura del vecchio testamento alla fine del quinto secolo. Esso consiste dei 63 trattati della Mishnah, compilati nel 199 da R. Judah il Principe, capo ufficiale del giudaismo palestinese, riconosciuto nell'Impero romano; delle compilazioni contemporanee (ma non così ufficiali) come la Tosefta, Sifra, ecc.; dei 39 trattati della Gemara palestinese (compilata nel 425) e dei 37 trattati della Gemara babilonese (compilata nel 500), ambedue le Gemare essendo una specie di commenti e di discussioni sulla Mishnah.

Il Talmud che cerca di stabilire tutta la vita religiosa e secolare del popolo ebraico, contiene anche numerosissimi cenni di medicina, dove credenze popolari ingenue sono mescolate con osservazioni razionali dei processi morbosi, che hanno ritenuto il loro valore fino ai nostri tempi. Però questi cenni medici sono citati *solamente* in connessione con la legislatura religiosa e civile, ma non come medicina a sè. Una perizia medica veniva introdotta nella discussione del tribunale o in una discussione accademica, come avviene anche ai nostri tempi. E come la scienza medica italiana, per esempio, presa per sè, è molto più vasta delle perizie mediche che s'intrecciano caso per caso in certe discussioni giudiziarie del Regno, così è logico supporre che anche la scienza medica ebraica di quei tempi fosse più vasta e profonda di quanto veniva riportato nelle discussioni legali del Talmud che fortunatamente la trasmisero fino a noi.

Ciò che fu detto del Talmud in generale si può dire anche delle 2189 autorità e delle numerose citazioni che hanno costruito questo gigantesco edificio letterario. Ogni autorità menzionata nel Talmud durante gli otto secoli del suo sviluppo avevano i loro mestieri, dai quali derivavano il loro mantenimento. Alcuni erano principi, sommi pontefici, giudici; ma la maggioranza faceva mestieri più umili: erano sarti, calzolai, facchini, pastori, ecc. I celebri duumviri Hillel (secondo E. Renan il maestro di Gesù), il sommo capo del suo popolo, e Sciamai, preside dell'Alta Corte, erano rispettivamente spaccalegna e muratore.

Vi erano fra loro molti medici, come il medico astronomo Mar Samuele (175-255), rettore della Accademia di Nehardea, Maniuma medicus (ca. 300), e il Principe Judah ultimo, amico dell'Imperatore Teodosio II, ecc. Però i cenni biografici delle autorità talmudiche sono molto scarsi e gli avvenimenti della loro vita privata sono descritti solamente per certe occasioni e spesso mancano completamente. Certamente vi erano fra loro molti medici che non sono menzionati come tali. Basterebbe però osservare le loro dichiarazioni nei problemi di perizia medica per convincersi che erano guaritori competenti. Poichè solo i periti riconosciuti potevano esprimere un'opinione in un problema legale, sia rituale che civile, ambedue essendo parte del diritto ebraico, fondato, in fondo, sulla Bibbia, i. e. sulla parola rivelata dalla divinità.

(57) Horiot 13b.
(58) Jebamot 64b.
(59) Tosefta Sciabbat XVI; Jebamot 64b.
(60) Circoncisione I, 17.
(60-*b*) Hattalmud vehachemat harefuah. Berlino, 1928, p. 232.

Uno di questi periti medici fu il citato R. Simeone ben Gamaliele II, Patriarca (Nasi) del suo popolo e capo del Sinedrione di Uscia (circa 150). Educato alle fonti della coltura greca (61), non era nè fanatico nè chauvinista e si permise di introdurre nel diritto ebraico molte regole nuove, più miti e universali, come la emancipazione dei deprezzati samaritani (62), la uguaglianza legale dei pagani agli israeliti (63), l'accrescimento dei diritti delle donne (64), la necessità di adattarsi ai costumi dei diversi paesi (65). Avveduta è la sua regola. È permesso di fare una legge solamente quando la maggioranza del pubblico potrà seguirla (66). Il suo rispetto per la vita fu espresso nell'adagio: Un infante vivo d'un giorno vale più del Re Davide morto, davanti alla legge (67).

Numerose sono le sue opinioni nel campo delle scienze naturali, ma citeremo solo alcuni dei suoi saggi medici.

Una ritenzione fecale spinta in su causa l'idrope, l'orina ritenuta — la « verdastra » (68). L'idrope era divisa dai talmudisti in tre tipi: densa, soffiata (dalla fame) e leggera (69). La prima di queste tre sembra l'idrope usuale, la terza la leuco-flemmasia degli antichi, e la seconda la falsa idrope degli Alessandrini (Demetrio d'Apamea) quando la pelle « sine ulla humoris infusione sed sola inflatione turget » (70). Alla stitichezza volontaria come causa dell'idrope è diretto forse il detto d'Ippocrate: « La leucoflemmasia si dissolve per diarrea ». La « verdastra », che si può anche tradurre « giallastra » è forse l'ittero e l'anemia. Forse si tratta d'una malattia dei reni con una diminuita minzione.

Come un collirio contro la cataratta (barkit) (71) egli ha prescritto il sangue del pipistrello (72). R. Simeone ben Eleazar lo prescrive contro il leucoma (Jarod) (73). Pagel interpreta Jarod come « discendere » i. e. cataratta, e Preuss come ambliopia dei Greci (74). Anche nella terapia delle altre nazioni il sangue del pipistrello veniva usato (75) ed era lo specifico contro la trichiasi (76). Secondo lui una perforazione dello stomaco o degli intestini non è sempre fatale perchè può venire chiusa (77). Forse da aderenze o dall'omento (78).

(61) B. Kama 83a; Sota 49b.
(62) Gittin 10a.
(63) Sifre, Deut. XVI; Geros. Demai VI, II.
(64) Tosefta Ket II; Gitten 41 b.
(65) Ketubot VI, 4.
(66) Tosefta Sinedrione.
(67) Sciab 151 a.
(68) Beracot 25 a.
(69) Sciabb. 33 a.
(70) Cael Aur III, 8, 468.
(71) Così Rasci Sciab. 78 a.
(72) Krushtina, i. e. Krusciat eina (dai larghi occhi). Jastrow, Dictionary, p. 665. Vedi anche Rasci a. l. Infatti la citazione parallela nel Geros. Sab. VIII, II. b. legge Atalef (pipistrello). R. Natan nell'Aruch Compl. IV, 344, traduce gallo, ed il Kohut, idem. richiama che in persiano significherebbe: sanguisuga.
(73) Rasci a. l.; v. Becorot 38 a.
(74) Preuss, Bib. Talm. Medizin, 1923, p. 308.

Discutendo lo stato dei maschi e delle femmine eterosessuali nei diritti della famiglia, Simeone ed i suoi colleghi hanno esibito una profonda conoscenza di questi malformati congeniti.

Il « castrato naturale » è chiamato castrato di « H M H » (79). H M H si può leggere Hammah, sole, in contrasto al castrato per mezzo dell'uomo (seris adam). Castrato « solare » significa, secondo Rashi (a. l.) castrato naturale, « dall'amnios materno », dal giorno che ha veduto il sole della vita. Però « solare » non è mai adoperato come antitesi per artificiale (per mezzo dell'uomo), ma si usa invece l'espressione « per mezzo del cielo » (biyede sciamayim). Io suggerirei invece che Hamah ha il senso di « calore », mancanza di calore testicolare (80), o forse « hemah », ira, che era anche il nome d'un angelo collerico, cioè castrato per atto d'ira divina.

La caratteristica d'un castrato congenito era: mancanza di barba, scarsezza di peli e lisciezza della cute (lett. della carne). Simeone ben Gamaliele II disse: colui la cui orina non fa alzare bollicelle (Rasci: spuma). Ci sono coloro che dicono (81): colui che orina e non fa un arco, che il suo seme è troppo fluido (82) e la sua orina non presenta odore aspro. Altri dicono (83): colui che si bagna nella stagione della pioggia e il suo corpo non suda (o non si riscalda). R. Simeone ben Eleazar dice: colui che ha una voce difettosa e non si sa se è d'uomo o di donna.

Una donna eterosessuale congenita si chia-

(75) v. Buck, Med. Volksglauben aus Schwaben, p. 44, v. Galen, de Comp. Med. IV, 8 (c. XII, 796).
(76) Pap. Ebers, ed. Joachim, p. 100; Galen, Spl., fasc. X, 2. (Cap. XII, 258); Plin. 30, 41.
(77) Holin 50 a.
(78) ROBERTO ALESSANDRI. Manuale di Chirurgia, vol. IV, 1933, p. 40 (Valdoni) « perforazione coperta ».
V. Pribram nel Handb. d. Prakt. Medizin di Ebstein, 1905, II Band, p. 202. Da Costa, Modern Surgery, 1910, p. 957.
(79) Mishnah Jebamot XIII.
(80) Infatti l'Aruch spiega come calore della febbre. Nel O. N. G. un castrato si chiama «urfur» in anglo-sassone afyran; richiama il greco « pur » fuoco. Cf. Schrader Reallex. d. Ind. Alt., Strassburgo,1901, p. 919. Hirt, Indogermanen, 1905-07, pp. 297, 688.
(81) i. e. R. Natan, vedi sopra.
(82) i. e. idrospermia. Il testo ha Docheh, ma il Maimonide, Isciut, II, 3, scrive: diheh, così anche Alfasi (1013-1103). Jebam. VIII Dahah, secondo Rasci Niddah 35b vuol dire fluido, a differenza di R. Natan che interpreta nel suo Aruch compl.: essere oscuro, non galleggia, ma precipita.
(83) i. e R. Meir, vedi sopra.

mava *Ailonit* (o *Ilonit*). La derivazione accettata da *Ilan* (albero) (Kohut, Aruch Com. I, 69), o *Ayil* (cervo) (Ketubot 11 a), è forzata. Mi sembra più credibile la derivazione dal babilonese, dove significa maschio, i. e. una donna maschile (83 bis).

« Chi è una ailonit? Quella che fino all'età di 20 anni non possiede [sul mons veneris] neanche due peli [così grandi da permetter di piegare le loro teste alla loro radice (84), che sono vicini fra loro (85) ed escono dalle fosse (86)]. Che non ha delle mammelle, sente dolori durante il coito [cioè disparunia o vaginismo]. Simeone ben Gamaliele II dice: Che non abbia delle scippule meaim [i. e. le labbra e il mons veneris sviluppato (87)]. R. Simeone ben Eleazar dice: quando la sua voce è bassa e non si distingue fra quella di un uomo o di una donna (88) ».

Egli ha anche stabilito la legge che un bambino di vita extrauterina di 30 giorni e più ha la possibilità di sopravvivere (89).

Interessante è la sua conoscenza della legge dell'uso o ipertrofia funzionale. Dice:

« Presso le ragazze urbane le genitalie e il mons veneris si sviluppano più presto perchè frequentano i bagni [dove si lavano e nuotano]; ma presso le ragazze del paese le mammelle si sviluppano più presto, perchè macinano con la mola. Presso le figlie dei ricchi la mammella destra si sviluppa più presto, perchè si frega sul nodo del loro epicarsion (mantello) (90), ma presso le figlie dei poveri la mammella sinistra si sviluppa prima, perchè [la sforzano quando] attingono acqua, o perchè portano i loro fratellini da questa parte (91) ».

R. Eleazar, qui menzionato già alcune volte, fu amico di R. Judah figlio di Simeone, risiedeva a Tiberia e lasciò numerosi saggi legali, morali e medici. Sembra che anche lui fosse medico, perchè era sovente invitato a dare la sua perizia medico-legale nei casi sovramenzionati e in altre occasioni (92).

Finiremo la nostra monografia sull'antico medico reale con la sua conoscenza della forza di adattamento. Lui decise che un marito non poteva forzare sua moglie a cambiare una abitazione brutta per una bella, o una bella per una brutta, perchè chi è abituato ad una abitazione povera può essere infelice nella nuova abitazione, anche se migliore (93). Il medico Mar Samuele (175-255) ha aggiunto a questo un aforismo suo: « un cambiamento [subitaneo] della dieta è causa di disturbi gastrici, anche se il cambiamento è per alimenti migliori (94) ».

(83-*bis*) Sinonimo di Zikkaru. Vedi Rawlinson III, 53, 15, Delitsch, Ass. Handw, 1896, pag. 74; Muss Arnold, Hand., 1905, 48.
(84) Così Ismaele, Niddah VI, 12.
(85) Così R. Hisdah, Niddah, 52, b.
(86) Così R. Hunah, Niddah, 52 a. Rasci spiega: la elevazione sopra quel posto. Vedi Niddah, 47, b.
(87) Si dice anche che una donna può avere durante la mestruazione dei dolori nelle scipule meaim (Niddah IV, 8), dove Rasci scrive: genitalia.
(88) Jehamot, 80 b.
(89 Sciab., 135 b.
(90) v. Krauss, Gr. Lat. Lehnwörter, II, 113.
(91) Niddah, 48 b.
(92) Sciab. 151 b., Jeb. 120 b., Holin 42 b., 45 b., 65 a., 49 b., ecc.
(93) Mishnah Ket. XIII, 10.
(94) Ket. 110 b.

# SUNTI E RASSEGNE

## TISIOLOGIA.

### Nuove esperienze sulla cura attiva della tubercolosi polmonare.

(R. Cobet. *Z. Blatt f. inn. Medizin*, 23 giugno 1934).

Oltre alla cura sanatoriale, di cui i successi sono soprattutto basati sul riposo e sulla buona nutrizione, noi non conosciamo oggi nessun metodo conservativo di trattamento della tubercolosi polmonare, mentre, almeno per gli stadi non assolutamente iniziali, sta in prima linea la terapia attiva. La collassoterapia, quando è applicabile, non costituisce soltanto un beneficio per il malato stesso, ma anche dal punto di vista dell'igiene sociale perchè mediante essa si fanno scomparire rapidamente i bacilli dallo sputo, sicchè il malato non rappresenta più un pericolo d'infezione. Ora, il successo della collassoterapia dipende essenzialmente dalle precise indicazioni per i singoli procedimenti ed è opportuno vedere quali siano in proposito i risultati dell'esperienza fatta in questi ultimi anni.

Presupposto essenziale per ogni sorta di collassoterapia è che il malato sia ricuperabile; lo stato generale deve migliorare ed il peso deve aumentare sotto l'influenza della buona nutrizione e del riposo. L'esistenza di tubercolosi intestinale controindica, in linea generale, la collassoterapia, non così la laringite tubercolare che di solito migliora con tale trattamento.

Il pneumotorace.

Sono particolarmente adatti i casi con caverne unilaterali; anzitutto l'infiltrato precoce e la caverna precoce che ne risulta. L'esperienza degli ultimi anni ha però mostrato che anche in tali casi, non si deve applicare senza discriminazione il pneumotorace. Alcuni di essi, di fatto, guariscono col semplice riposo, per cui il pneumotorace può essere superfluo. D'altra parte, anche con il pneumotorace, si vedono casi in cui la fusione dell'infiltrato continua, mentre attorno ad esso si hanno nuove infiltrazioni, che in fondo anch'esse, aumentano le dimensioni della cavità. Prima di decidersi all'intervento, è quindi utile mettere

il paziente ad un rigoroso riposo per ottenere la « pulizia » della caverna; se si vede la lesione diminuire, si può continuare la semplice cura sanatoriale, nei casi in cui essa è possibile.

La guarigione spontanea non può aspettarsi nelle caverne dalle pareti già diventate rigide a causa di focolai produttivi o di formazione di cicatrici. Anche la sede in vicinanza dell'ilo è nettamente sfavorevole, perchè scarso vi è il potere di retrazione del tessuto polmonare. Così pure nel caso di aderenze pleuriche, che impediscano l'afflosciamento della caverna, specialmente se questa è vasta e raggiunge la pleura. In tutti questi casi, in cui non è prevedibile la guarigione entro un certo tempo, è indicato il pneumotorace.

Se il pneumotorace, a causa delle aderenze pleuriche, è incompleto, ne può venire che queste impediscono il collasso. Ad ogni modo, l'osservazione del malato è quella che decide. Se già entro poche settimane, scompaiono i bacilli dallo sputo, il pneumotorace può essere continuato senza preoccuparsi delle aderenze. In caso contrario, si potrà procedere alla loro sezione mediante la toracocaustica col processo Jacobaeus; però non va fatta se non sono trascorse almeno 8-10 settimane dall'inizio del pneumotorace, perchè altrimenti si corre il rischio di provocare una pleurite essudativa. Pericoloso è, invece, il tentare di distendere le aderenze mediante una sovrapressione col pneumotorace; oltre a disturbi di circolo, ne possono derivare essudati pleurici e soprattutto il pneumotorace spontaneo.

Se a causa delle aderenze è impossibile il collasso e la toracocaustica non è attuabile, non vi è alcuno scopo di continuare il pneumotorace. Nelle caverne apicali, con aderenze sulla I costa, si può tentare l'apicolisi ed in quelle dei lobi inferiori, con aderenze diaframmatiche, può riuscire la frenico-exeresi, in aggiunta al pneumotorace. Se le vecchie caverne per la rigidità delle loro pareti mostrano poca tendenza al rimpicciolimento, è conveniente fare dei piccoli rifornimenti, mantenendo la pressione verso lo zero.

Sulla durata del pneumotorace, le opinioni sono diverse. Nel caso in cui non vi è stata fusione (processo essenzialmente produttivo) può bastare un anno e mezzo; se vi è stata caverna precoce, almeno due anni. Nelle caverne a pareti rigide, almeno 4 anni; se la caverna aveva un diametro di 3 cm., sarà opportuna, dopo l'abbandono del pneumo, praticare una frenico-exeresi, per impedire la ricavernizzazione.

Per il pneumotorace doppio, valgono gli stessi principî, tenendo presente che la superficie respiratoria viene, con esso, di molto ridotta, sicchè esso non è consigliabile negli individui con capacità vitale sotto i 1600 cmc. Mal sopportato è il pneumo bilaterale dagli individui oltre i 40 anni, probabilmente per le alterazioni enfisematose. L'A. non consiglia di praticare il pneumo doppio contemporaneamente dai due lati, ma di lasciare un intervallo di almeno 14 giorni, alternando i rifornimenti e non oltrepassando i 500-600 cmc. per lato.

I migliori risultati si ottengono nelle forme cavernose unilaterali con diffusione del processo all'altro ed anche nelle caverne precoci bilaterali. Il pneumo bilaterale è anche consigliabile quando quello unilaterale determina disturbi circolatori per spostamenti del cuore o dei vasi (pneumo di appoggio), a cui però ci si deciderà difficilmente se l'altro lato è del tutto sano.

### L'OLEOTORACE.

Soltanto in casi speciali, presenta dei vantaggi sul pneumotorace. La pressione idrostatica della colonna liquida può eventualmente essere utilizzata per comprimere delle cavità che non si rimpiccioliscono con il solo collasso a causa della rigidità delle pareti (caverne dei lobi inferiori o pneumo selettivo del lobo superiore non completamente attivo). Inoltre, può utilizzarsi la mancanza di compressibilità dell'olio per mantenere il collasso in un pneumo minacciato prematuramente da aderenze che si stanno costituendo. Un altro vantaggio dell'oleotorace è il poter distanziare i rifornimenti.

Notevoli però sono gli svantaggi. Tecnica più difficile, possibile pericolo, specialmente nelle caverne a pareti sottili mantenute distese da aderenze, di arrivare ad un bronco (infezioni miste). Per tali considerazioni, l'oleotorace si pratica raramente. Si usa l'olio di paraffina al 2,5 % di jodipina od al 4 % di gomenolo, evitando la jodipina negli individui con tendenza alla tireotossicosi.

Utile è l'iniezione di gomenolo al 4 % nella cavità pleurica, in caso di empiema tubercolare, ottenendosi addirittura lo sfebbramento: anche nelle infezioni miste, si possono in tal modo far scomparire i piogeni. Non è da ritenersi che ciò sia dovuto all'azione disinfettante, ma piuttosto all'eccitazione dei poteri di difesa della pleura.

### LA FRENICO-EXERESI.

Può essere usata da sola o come intervento integrativo. Da sola, può essere indicata quando il pneumo non riesce od è insufficiente; non vi è dubbio, però, che negli ultimi anni, essendo diventata un'operazione di moda, è stata applicata a diritto e rovescio, con conseguenze spesso dannose. Le indicazioni vanno, pertanto, sempre opportunamente vagliate.

Si ottengono generalmente con essa dei buoni risultati nelle lesioni dei lobi inferiori, mentre raramente e solo in determinate condizioni si potrà ottenere la guarigione delle caverne del lobo superiore. Vi sono però dei casi, in cui la paralisi del diaframma può costituire una molestia notevole e si deve tener presente che, ad ogni modo, con la frenico-exeresi, si porta una limitazione funzionale permanente; la frenico-exeresi di sinistra può inoltre pro-

vocare dei disturbi nel senso di un complesso gastro-cardiaco.

Solo molto raramente, si farà la frenico-exeresi senza un preventivo pneumotorace, nelle lesioni essudative estese del lobo inferiore, che raggiungono la pleura. In questi casi, con il pneumotorace si corre il pericolo di un'ulteriore distruzione di tessuto e di un empiema. Invece, la frenico-exeresi agisce favorevolmente mettendo le lesioni in riposo. In qualche caso si può poi dopo qualche settimana, quando la lesione diffusa si è circoscritta o mostra la tendenza alla cirrosi, procedere al pneumotorace.

Le operazioni di plastica.

Vanno prese in considerazione quando in presenza di una lesione nettamente unilaterale il pneumotorace non riesce, mentre la frenico-exeresi non promette nessun risultato.

La classica toracoplastica di Sauerbruch, con la resezione paravertebrale di frammenti costali, agisce in realtà col meccanismo della detensione. Essa favorisce le tendenze naturali alla guarigione, mobilizzando la cassa toracica ossea, che impedisce il raggrinzamento. Spesso, però, nemmeno con questo mezzo si possono portare a guarigione le grandi caverne rigide, rimanendo esse ancora distese nella cavità toracica rimpicciolita. Ciò si verifica specialmente nel lobo superiore, dove le costole sono molto ricurve. In tali casi, Kremer raccomanda la plastica sottoscapolare, in cui vengono resecate le parti arcuate delle prime 5 coste; se le grandi caverne si trovano in vicinanza delle parti anteriori delle coste, si resecano anche queste. Se il lobo inferiore è sano, può bastare una plastica di quello superiore, fatta nel modo sopra descritto, ma estesa fino alla VII costola. La così detta plastica apicale agisce soltanto nel senso della detensione e può essere utile soltanto nelle forme nettamente limitate agli apici e quando il processo tende alla cicatrizzazione, senza grandi cavità rigide.

La plastica totale presuppone l'altro lato del tutto sano; i vecchi focolai apicali, residui di un'antica disseminazione ematogena, non disturbano e così neppure i piccoli focolai e le ombre a tipo di infiltrato, quando rimangono a lungo stazionarie. Invece, peggiorano le diffusioni recenti, specialmente se nel lobo medio od inferiore e rendono necessario il pneumotorace da questo lato.

Ogni toracoplastica esige una prova funzionale preliminare del circolo e del respiro, se si vogliono evitare gravi conseguenze. Bisogna particolarmente tener presenti le anormali condizioni meccaniche del torace, consecutive al processo di raggrinzamento, condizioni che si riflettono specialmente sul cuore e sui grossi vasi. Molto pericoloso è, nella toracoplastica, un mediastino cedevole, ma purtroppo, non abbiamo nessun segno che ce lo possa indicare; un qualche aiuto potranno portare le ricerche chimografiche.

Per ovviare ai pericoli del mediastino cedevole, è consigliabile l'operazione in due tempi, dapprima con la resezione delle prime sette coste, seguìta, dopo 3 settimane al massimo, dalla plastica parziale inferiore. Se il lobo inferiore è sano, ci si può limitare alla plastica superiore, aiutandosi con la temporanea esclusione mediante l'intervento sul frenico; la paralisi del diaframma si riforma dopo qualche mese.

Importante è anche il sistema di narcosi, per cui è preferibile l'anestesia locale o quella al protossido d'azoto.

*L'impiombamento* sarà preso in considerazione quando le operazioni di plastica non possono essere fatte. Anch'esso, però, ha indicazioni limitate. Mediante l'impiombamento, si può soltanto escludere meccanicamente una caverna, cioè collabire le sue pareti, senza favorire in alcun modo il processo di guarigione. Da tale punto di vista, l'impiombamento è nettamente inferiore alle operazioni di plastica, in confronto delle quali, però, ha il vantaggio che non vengono messe fuori funzione le parti polmonari sane. Pertanto, esso può essere praticato anche se minaccia l'insufficienza polmonare e, quindi, anche nei casi in cui, per un processo esteso controlaterale, non si può fare la toracoplastica. Si tenga però presente che talvolta l'impiombamento agisce sul circolo in modo più sfavorevole che la toracoplastica.

Per procedere ad esso, è però necessario che la caverna sia completamente « pulita »; non vi devono essere modificazioni recenti delle pareti, perchè altrimenti esse si fondono e si forma una nuova caverna a cui si può in parte rimediare con una frenico-exeresi. Inoltre, la caverna deve essere fissata da aderenze, in modo che l'impiombamento agisca realmente sulle sue pareti; quindi, in complesso, sono adatte soltanto le caverne che si trovano incluse in cotenne bene riconoscibili radiologicamente.

Limitando così le indicazioni dell'impiombamento, si potranno ottenere con esso dei buoni risultati, pur tenendo presente che esso non costituisce un'operazione ideale, mantenendo nell'interno dell'organismo un corpo estraneo. *fil.*

## La sezione chirurgica a cielo aperto delle briglie ed aderenze del pneumotorace terapeutico.

(Fruchaud-Bernou. *Bull. mém. Soc. Nat. Chirurgie,* LIX, p. 1522; 1934).

Sia l'operazione di Jacobaeus (sezione delle briglie di aderenza col galvanocauterio) che quella di Maurer (disinserzione in corrispondenza dell'inserzione toracica) presentano pericoli ed inconvenienti.

Numerosi AA. in Francia ed altrove hanno pertanto preferito praticare la sezione a cielo scoperto. I risultati furono però assai sconfortanti. Gli AA. li spiegano con la cattiva tecnica chirurgica seguìta. Essi hanno avuto

buoni risultati (4 su 5) seguendo la tecnica che esporremo fra breve. Essi si domandano: 1) Quali sono le conseguenze di una larga apertura del torace dei tubercolotici? 2) Che via occorre seguire? 3) Come vanno sezionate le briglie? 4) Come va richiuso il torace?

Alla prima domanda viene risposto negativamente. L'apertura del torace in tubercolosi è innocua, o per lo meno, non grave se il p. non ha un pneumotorace terapeutico recente. Anestesia regionale. L'apparecchio di Auerbruch si è sempre dimostrato inutile. In quanto alla via gli AA. hanno seguìto una via anteriore a livello della 2ª costa, a differenza degli altri AA. che resecano là dove l'esame radiologico abbia dimostrato la presenza di briglie. Resezione della 2º costa, eventualmente del bordo inferiore della 1ª. Come vanno sezionate le briglie? Generalmente vengono sezionate al termocauterio o al bisturi, da alcuni perfino dal di fuori. Gli AA. le sezionano a distanza dopo una sola incisione mediante apparecchi ad alta frequenza a manico lungo, usando successivamente la coagulazione e la sezione. Occorre far passare la corrente non già per il tessuto della briglia e del polmone ma bensì della parete.

Molto delicato è il punto della chiusura della parete. Gli AA. usano i 2 artifizi seguenti:

1) scollamento della pleura in corrispondenza della faccia profonda della costa sopra e sottostante;

2) sutura della pleura con aghi curvi e assai fini a punti separati. Infine i punti vengono fissati alla muscolatura.

Incidenti e complicazioni: 1) *pleurite purulenta*: si presentò solo in un caso in cui era stata adoperata una corrente troppo forte per cui si potè facilmente insediare una perforazione polmonare; 2) *emorragia*: si presentò una sola volta e fu facilmente dominata mentre ciò a cielo chiuso non è possibile; 3) *enfisema sottocutaneo*: è inversamente proporzionale alla bontà della sutura pleurica; 4) *sinfisizzazione*: è l'inconveniente maggiore e si evita con insufflazione violenta di aria appena si riscontri allo schermo (esame giornaliero!) la formazione di aderenze; 5) essudazione pleurica non purulenta viene considerata dagli AA. senza importanza; neppure preoccupante fu mai l'inerzia polmonare postoperatoria.

I risultati furono ottimi in 4 casi; cattivi in 1 caso, letale per perforazione polmonare.

ALDO CALÒ.

## MISCELLANEA.

### Contributo allo studio delle megalosomie infantili.

(E. TAIAFIORE. *La Pediatria*, 1º giugno 1934).

Mentre è frequente il numero di neonati di peso superiore alla norma, è raro che l'accrescimento in questi bambini avvenga con ritmo normale, poichè quasi tutti nei primi anni perdono il vantaggio del peso della nascita. Non esiste alcun rapporto tra questi bambini giganti e quelli che per alterazioni patologiche presentano un aumento di sviluppo non armonico della massa corporea.

L'A. ha potuto seguire per circa tre anni, tre casi tipici di bambini giganti: ha cominciato le misurazioni dal dodicesimo mese controllando ogni settimana il peso e l'altezza e ogni mese i diametri e gli altri dati antropometrici.

Dall'esame delle tabelle contenute nel lavoro si rileva come in questi bambini la crescita è avvenuta quasi come un ritmo normale e alla fine i soggetti presentano sviluppo di gran lunga superiore alla norma.

Caso I: all'età di mesi 12 peso kg. 12.500; statura cm. 82; all'età di mesi 36, peso kg. 16.500.

Caso II: mesi 12, peso kg. 13.100, statura cm. 84; mesi 36, kg. 18.000 e cm. 100.

Caso III: mesi 12, peso kg. 11.900; statura cm. 79; mesi 36, kg. 15.600 e cm. 94,2.

Dal punto di vista estetico i tre bambini studiati erano ben conformati e belli nel vero senso della parola. Il cranio era rotondeggiante, la capigliatura nera e scarsa in due casi, bionda e abbondante nel terzo; il naso era piccolo regolare e un po' schiacciato alla radice; il collo era corto; i padiglioni piccoli e molto ravvicinati alla testa. Il torace era bene sviluppato, l'addome voluminoso, ma non molto sporgente; gli arti superiori ed inferiori un po' corti rispetto al tronco. Il sistema muscolare era bene sviluppato ed il turgore cellulare sottocutaneo alquanto spiccato.

L'A. ha preso in seria considerazione la parte che riguarda il tono del sistema nervoso vegetativo, ricercato coi sintomi spontanei.

Nei tre bambini studiati si riscontrò aumento del tono del simpatico. All'esame delle ghiandole endocrine, la tiroide non potè essere palpata e l'ipofisi apparve normale alla radiografia del cranio. Lo sviluppo psichico era normale in rapporto all'età, pur non essendo in rapporto a quello che somaticamente apparivano i bambini.

I tre bambini in esame pur permanendo floridi e robusti non mostrarono mai tendenza nè alla obesità, nè a quelle alterazioni della costituzione che fanno parte delle diatesi.

VICENTINI.

### Contributo alla cura di alcuni reumatismi acuti e subacuti. Le iniezioni di latte e l'ascesso da fissazione.

(L. BOUCHUT, P. RAVAULT e A. GUICHARD. *Le Journ. de Méd. de Lyon*, 5 luglio 1934).

Ci sono dei reumatismi acuti e subacuti che resistono alle cure saliciliche, e di sieri e vaccini. Certamente, per la molteplice etiologia delle artralgie, nei processi reumatici acuti dobbiamo ammettere un fattore non specifico.

Nel 1928 Weissenbach e Françon hanno se-

gnalato i benefici effetti antialgici delle iniezioni di latte nei reumatismi cronici di natura gonococcica. L. Ramon ha consigliato nel reumatismo blenorragico di associare il latte al vaccino antigonococcico.

Ma questi autori parlano del reumatismo cronico.

Gli AA. di quest'articolo hanno curato coll'ascesso da fissazione 4 casi di reumatismo subacuto e cronico e colle iniezioni di latte 9 casi.

In un caso furono usati successivamente i due mezzi terapeutici.

Colle iniezioni di latte ebbero, su 9 casi, 2 successi notevoli, 2 successi importanti ma incompleti, 1 successo transitorio, 2 risultati mediocri e 2 insuccessi.

Coll'ascesso da fissazione (di 3 soli casi riferiscono, perchè uno non fu potuto seguire) ebbero 1 caso di guarigione, 1 buon risultato transitorio e un insuccesso completo.

Essi ritengono che le iniezioni di latte e l'ascesso da fissazione non possono sostituire nè il salicilato nè i sieri e i vaccini, ma si devono usare quando questi mezzi hanno fallito.

Il reumatismo di Bonillaud non costituisce che raramente indicazione alle iniezioni di latte, che invece sono più indicate nel reumatismo gonococcico.

Un'indicazione all'uso del latte è quella di accidenti da siero che controindichino la cura specifica.

La cura col latte dà infiammazione locale e febbre. In qualche caso si ha anche un vero shock proteinico grave, che consiglia di sospendere la cura.

Il Bonafè nel 1923 ha pubblicato un caso di morte in un asmatico per iniezione di 10 cc. di latte: questo però è un caso veramente eccezionale.

R. LUSENA.

## L'ATTUALITÀ CHIRURGICA

### La possibilità di trattamento chirurgico di alcune forme di ipertensione.

(L. LANGERON, G. VINCENT e DESORCHER. *Presse Méd.*, 27 giugno 1934).

Gli interventi operatori finora praticati allo scopo di ottenere un abbassamento della pressione arteriosa, sono di due tipi: surrenalectomia e resezione degli splancnici.

La surrenalectomia monolaterale è stata eseguita il più delle volte in casi di sindromi vasomotorie in soggetti non ipertesi: questa esperienza insegna che una pressione normale non è modificata da un tale intervento. I casi finora pubblicati di interventi eseguiti in soggetti ipertesi e allo scopo preciso di curare l'ipertensione, sono 11 in tutto: in 4 di questi si trattava di tumore della surrenale.

I casi resi noti di interventi negli splancnici in ipertesi sono 4.

I risultati: in 6 casi di ipertensione continua essenziale si ebbero: nei 3 trattati con la surrenalectomia 2 successi e 1 morto, nei tre splancnectomizzati 2 successi e un insuccesso. Tre casi di ipertensione parossistica su fondo continuo dei quali 2 trattati con la surrenalectomia e uno con l'intervento sugli splancnici migliorarono tutti tre in quanto scomparvero le crisi ipertensive, pur persistendo l'alta pressione di fondo. Su 4 casi di ipertensione continua con lesioni arteriose la surrenalectomia diede in due casi due insuccessi, mentre gli altri due curati con la splancnectomia migliorarono.

Nei 4 casi di ipertensione continua o parossistica nei quali esisteva un tumore surrenale, l'asportazione di questo è stata sempre seguìta da successo.

Gli AA. aggiungono a questi un loro caso personale concernente una ipertesa con segni di compromissione renale: due settimane dopo la splancnectomia che era stata seguìta da un abbassamento della pressione, la m. morì per emorragia intestinale ed edema polmonare acuto. L'autopsia mise in evidenza una nefrite cronica.

Nonostante la scarsità dei casi finora osservati, pare si possano formulare le seguenti conclusioni:

In caso di *tumore surrenale* accompagnato da ipertensione, è indicata senz'altro la surrenalectomia: non va dimenticata però la difficoltà della diagnosi e la forte percentuale di mortalità (50 %).

In caso di ipertensione essenziale senza tumore dei surreni — e sarà questo il caso di gran lunga più frequente — si prospetterà l'intervento quando la forma sia veramente grave e quando ripetute cure mediche non abbiano ottenuto risultati. Bisognerà inoltre scartare le forme con compromissione renale, per riservare l'intervento ai casi veramente *essenziali*. Si ricorderà infine che il massimo giovamento sarà ottenuto nelle forme parossistiche.

Quale l'intervento da preferire? Salvo che nei casi di tumore dei surreni, la statistica dei risultati ottenuti e la maggior benignità dell'intervento faranno sempre preferire la splancnectomia all'operazione sulle surrenali.

PUDDU.

### Tre casi di surrenalectomia sinistra per ipertensione arteriosa.

(S. MEILLÈVE, H. R. OLIVIER. *Bull. mém. Soc. Nat. Chir.*, LX, 304, 1934).

(WILMOTH. *Ibid.*, LX, 377, 1934).

Già da decenni è stata emessa l'ipotesi di un nesso fra iperparanefria e ipertensione arteriosa, confermata dalle conoscenze sull'influenza dell'adrenalina sulla pressione arteriosa. In alcuni rari casi (Ady-Piotrowsky, Willems, Goormaghtigh) si ha ipertensione come sintomo di tumore della surrenale. Su queste basi e su quelle di esperienze varie sui nessi fra eccitamento e depressione di centri endocrini

e pressione, è stato pensato da varî AA. di asportare la surrenale in casi di ipertonia.

Delbet ha praticato 3 di tali operazioni provocando in tutti e 3 i casi la morte dei pazienti. Galata (1929) invece ha avuto buoni risultati. Desmarest e Mornier-Vinard (1930) hanno avuto anche buoni risultati in casi di terapia associata a surrenalectomia D, Roentgenterapia midollare profonda e punture lomb. ripetute. Gli AA. presentano 3 casi: il primo paz. presentava aortite sifilitica con poussées ipertensive gravi con fenomeni di edema polmonare; il secondo presentava una tipica ipertensione con fatti gravi di scompenso cardiaco e renale. Questi due casi hanno subìto un grande miglioramento seguìto a distanza di 8 e di 10 mesi.

L'intervento consistette in tutti e due i casi in surrenalectomia sinistra per via sottoperitoneale anteriore, proposta per la prima volta da Bazy ed applicata per primo da Carajanopoulos.

Meno fortunato fu il terzo caso in cui il paziente, di 43 anni, morì in ipertermia il giorno dopo l'intervento.

Gli AA. fanno poi considerazioni (un po' superate, a dire la verità, dalla moderna patologia renale) sulla patogenesi della ipertensione. Essi notano la indubbia pericolosità del procedimento, e ammettono che sarebbe meglio adottare un metodo meno cruento (p. es. enervazione della surrenale), ma tali metodi, dicono gli AA., offrono difficoltà tecniche superiori a quelle della surrenalectomia.

Un successivo contributo allo stesso argomento viene portato da Wilmoth in una delle successive sedute della Società nat. de chir. I risultati non sono stati altrettanto brillanti, non avendo la P. di 32 a. affetta da grave forma di ipertensione, tratto che un sollievo passeggero dalla surrenalectomia.

La ghiandola asportata era normale. È possibile che in questo caso l'adenoma della surrenale risiedesse a D. In tal caso bisognerebbe sapere quale sia la surrenale affetta, per stabilire da che parte operare, cosa oggi ancora impossibile.

Un quarto caso, questo con buon successo terapeutico, era stato riferito da Meillère alla stessa Società nel novembre scorso.

ALDO CALÒ.



## CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

G. H. ROGER et L. BINET. *Traité de physiologie normale et pathologique*. Tomo V (*Respiration*). Vol. in-8°, di pagg. 479. Fr. 80. Tomo VII (*Sang et lymphe*). Vol. in-8°, di pagg. 730. Fr. 100. Masson & C., Paris, 1934.

Il V volume di questo Trattato di Fisiologia, è consacrato interamente alla respirazione ed in esso sono esaurientemente trattati molti fatti d'ordine fisiologico e clinico, che spesso la pratica pone dinanzi al medico.

Lo studio della funzione respiratoria mette particolarmente in valore i servigi che la medicina può domandare alla fisiologia per guidare, stabilire o rafforzare la diagnosi, per ragionare, dirigere e controllare il trattamento.

Il vol. VII, che appare già nella 2ª edizione, è invece destinato al sangue ed alla linfa. Tutti i capitoli sono stati riveduti e molti di essi hanno subito modificazioni notevoli: così ad es. quelli riguardanti gli elementi figurati del sangue, quelli sulle emorragie e sulla trasfusione sono completamente aggiornati. Speciale attenzione meritano alcuni eccellenti documenti fotografici per opera di I. Comandon, di preparati di sangue a fresco, sommamente dimostrativi.

Anche la biochimica del sangue è stata considerevolmente ampliata. A lato dell'articolo di Fabre sull'emoglobina infatti, va ricordato il capitolo scritto da M. Laudat sulle costituenti chimiche del sangue nell'uomo e negli animali, allo stato normale e patologico, nel quale il biologo ed il medico potranno trovare su tale argomento la più ampia e completa documentazione.

L'importante questione della coagulazione del sangue, è stata trattata in modo magistrale dallo Zunz.

L'A. infatti espone le teorie di questo fenomeno e studia i fattori della coagulazione e dei diversi coagulanti con una analisi minutissima.

Il capitolo riguardante il sistema lacunare è stato considerevolmente aumentato per opera di Achard, mentre Binet e Justin-Bezançon, oltre alla linfa, hanno studiato la circolazione linfatica riportando i lavori originali e le illustrazioni del Pecquet.

Infine pure ampliati sono i capitoli di Bordet sull'immunità, sugli antigeni e sugli anticorpi, e quelli di Besredka sull'anafilassi e sulla sensibilizzazione.

A. POZZI.

G. SCHMORL. *Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden*. XVIª edizione. Un vol. in-8°, di 461 pagg. F. C. W. Vogel ed. Berlin, 1934. Prezzo RM. 30.

Il manuale dello Schmorl è ben noto a chiunque si occupi di istopatologia, per i suoi pregi

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

di chiarezza, di precisione, di esposizione completa in ogni sua parte. Lo Schmorl è morto un paio d'anni fa, all'età di 72 anni, per l'infezione di una ferita, durante una fase di lavoro febbrile. P. Geipel ha curato e completato questa XVIª edizione (la prima è del 1897), che risponde perfettamente ai bisogni dello studioso, il quale vi troverà un prezioso consigliere. Oltre alla tecnica istopatologica generale e speciale, contiene cenni di tecnica batteriologica e parassitologica. *fil.*

M. VILLARET et J. BESANZON. *Hydrologie expérimentale.* Vol. in-8°, di pagg. 272, con 179 fig. Masson & C., Paris, 1934. Fr. 50.

In questo volume sono riunite le ricerche sperimentali eseguite in questi ultimi anni da Villaret e dalla sua scuola. Come gli AA. fanno rimarcare nella loro prefazione l'idrologia si orienta attualmente verso i metodi di una scienza nuova e feconda: la farmacodinamica.

Le ricerche farmacodinamiche eseguite con le acque minerali presentano infatti un duplice interesse: da una parte esse permettono di obiettivare gli effetti biologici, ancora ieri così misteriosi, delle sorgenti medicinali; dall'altra autorizzano a stabilire una classificazione biologica delle acque minerali, troppo complesse per essere studiate, da questo punto di vista, con altre tecniche, anche d'ordine chimico. Queste prove biologiche, di uso corrente nel dosaggio delle diverse droghe o di alcuni estratti opoterapici, forniscono dei testi indiscutibili.

Il libro inizia con una serie di studi accurati riguardanti l'influenza delle acque minerali sui muscoli lisci. L'azione delle sorgenti minerali sull'intestino, la cistifellea, l'uretere, la vescica ecc. dà modo agli AA. di mettere in rilievo la potenza farmacodinamica delle acque minerali, sia sugli organi, isolati o in situ, sia normali che in stato di spasmo.

Un secondo capitolo è consacrato agli effetti cardio-vascolari delle acque minerali: l'influenza delle sorgenti solforose sul cuore e sulla pressione arteriosa, l'uso del ventricolo isolato di *helix pomatia* come testo pratico di studi biologici delle acque minerali, l'applicazione dei metodi di perfusione alle ricerche d'idrologia sperimentale concernenti la vasomotilità, sono oggetto di numerose ricerche originali.

Un ultimo capitolo infine è dedicato ad alcune ricerche eseguite dagli AA. sul posto di origine delle acque.

Si conosce, in effetti, la differenza d'azione delle acque viventi, utilizzate alla loro sorgente, da quella delle acque trasportate a distanza: queste ultime non possono servire che a studi preliminari, che permettono tuttavia di fissare le tecniche d'investigazione.

Il libro in definitiva dunque rappresenta il frutto di tutta una serie di ricerche nuove eseguite in questo campo, ed ai cultori dell'idrologia riuscirà certamente utile e gradito.

A. P.

R. SABATUCCI. *Nozioni elementari di medicina sulla blenorragia.* IIIª edizione. Un vol. in-16° di 59 pagg. L. Pozzi ed., Roma, 1934. Prezzo L. 4.

La blenorragia non è ancora generalmente considerata in tutta la sua gravità, mentre le sue conseguenze, per l'uomo come per la donna, possono essere gravissime.

Un buon opuscolo di propaganda è questo del dott. Riccardo Sabatucci, noto urologo, che in forma piana espone le principali nozioni sull'infezione, sui sintomi, sui criteri da seguire nella terapia, per cui, nella forma acuta, l'A. è favorevole alle grandi lavature alla Janet.

Il libro merita una larga diffusione ed è giovevole anche per il medico, che vi troverà utili consigli. *fil.*

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza del 13 luglio 1934.

Presidente: Prof. M. PINCHERLE.

### La terapia chirurgica del distacco retinico.

D. DI MARZIO. — L'O. dopo alcune premesse generali, illustra i casi di distacco retinico personalmente operati, alcuni con il metodo di Gonin originale, altri mediante la diatermo-coagulazione diasclerale. Dimostra con proiezioni i risultati ottenuti, discutendo il moderno concetto di operabilità. Ricorda il nesso eziologico con la tubercolosi e le conseguenze di ordine terapeutico che se ne debbono trarre e infine insiste sulla necessità che l'intervento, affinchè si ottengano i migliori risultati, abbia luogo entro le prime tre settimane.

Discussione: G. MARIOTTI.

### Ricerche e considerazioni sulla tubercolosi oculare.

G. CARAMAZZA. — Riferisce i risultati delle proprie esperienze circa le prove biologiche fatte inoculando l'acqueo, prelevato da malati con lesioni oculari di sospetta natura tubercolare, nelle linfoghiandole paratracheali di cavia e delle proprie ricerche sperimentali con due stipiti di bacilli della tbc. umana, l'uno virulento, l'altro attenuato.

### Contributo alla diagnosi delle lesioni chiasmatiche da alterazioni della carotide interna.

E. FILIPPI-GABARDI. — Illustra due casi di calcificazione della carotide interna, diagnosticati in base al reperto clinico oculare e generale e confermati dall'esame radiografico.

Discussione: C. CAVINA.

*Il Segretario*: P. BENEDETTI.

## Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 27 luglio 1934.

### Su di un caso di embolectomia polmonare.

Prof. A. COMOLLI. — Riferisce su di un caso di embolia della arteria polmonare da lui recentemente operato coll'operazione del Trendelenburg di embolectomia della polmonare stessa. Descrive la tecnica seguita e le modificazioni ad essa apportate e insiste sulla necessità che sia preso in seria considerazione dai chirurghi questo atto operativo che è destinato ad entrare presto nel novero delle comuni operazioni d'urgenza.

### Ulteriori ricerche sulle iperplasie sperimentali della corteccia surrenale. Il fenomeno di Sanarelli-Shwartzman nei corpi surrenali.

Prof. V. GRONCHI e dott. P. CARNIELLI. — Gli OO. hanno osservato nell'allergia emorragica della cavia (fenomeno di Sanarelli-Shwartzman generale) a carico delle surrenali, emorragie multiple e intensa proliferazione delle cellule della sostanza corticale, reperti osservati in precedenza anche in altre condizioni sperimentali che determinano una labilità capillare generale e localizzata di questi organi.

Prof. G. OTTAVIANI. — *Sugli spazi del plesso di Auerbach iniettabili colla tecnica dei linfatici.*

Dottori A. COSTANTINI e A. BALLARIN. — *Azione di diversi sali introdotti endovena sulla peristalsi intestinale.*

Dottori A. COSTANTINI e A. BALLARIN. — *Osservazioni attraverso una fenestratura addominale sull'azione enterocinetica di un derivato dell'eserina.*

### Alcuni rilievi sui rapporti fra idremia e diuresi.

Prof. A. CHIATELLINO. — In una serie di osservazioni compiute mediante la prova di Volhard, l'O. pone in rilievo la possibilità di notevoli discordanze fra i valori dell'idremia e quelli della diuresi.

### Sugli effetti di U. V.-raggiopuntura su mucose ciliate.

Prof. K. ARSLAN e dott. L. COJAZZI. — Gli OO. espongono i risultati di ricerche condotte allo scopo di controllare l'azione lesiva dell'irradiazione ultravioletta sul moto di epiteli vibratili. L'irradiazione fu eseguita con apparecchio di Tschachotin e con tecnica di Dürken: il materiale fu costituito da palato ed esofago di rana e da trachea di coniglio. I metodi per la determinazione delle variazioni del movimento ciliare furono di diverso tipo.

Gli OO. osservarono che l'arresto del movimento ciliare si ha circa in 40'' e che tale arresto è irreversibile. La differenza fra questo tempo ed il tempo in cui agisce il raggio ultravioletto su cellule ciliari isolate — oggetto di precedenti ricerche degli stessi OO. — viene spiegata da diversi fattori inerenti alle condizioni sperimentali. Indagini su animali vivi e lasciati sopravvivere hanno mostrato che, per opera di nuovi elementi rimasti illesi dalla raggiopuntura, si ha nelle zone irradiate ripristino del moto ciliare in un tempo che va dalle 10 alle 15 ore.

### Risultati sperimentali delle plastiche muscolari con ristabilimento della conduzione nervosa.

Dott. E. PAGLIAI. — Riferisce su esperienze di plastiche muscolari fatte sugli arti inferiori ristabilendo le comunicazioni nervose. Accenna alla possibilità di applicazioni pratiche.

### Risultati sperimentali di trapianti autoplastici muscolari con ristabilimento della conduzione nervosa.

Dott. G. MANGIONE. — Riferisce in merito alle esperienze di trapianti di muscoli interni con ristabilimento della conduzione nervosa e ne mette in evidenza i risultati soddisfacenti.

Dott. E. SILVESTRONI. — *Modificazioni nella variabilità delle grandezze nucleari dei surreni attraverso l'età.*

### Zona recettrice aortica e tessuto paragangliare.

Dott. G. MURATORI. — Ai nervi dei territori recettori dell'aorta e dei grossi vasi aortici sono annessi paragangli. Le connessioni tra questo tessuto paragangliare e le vie nervose del riflesso depressore aortico appaiono le medesime che tra tessuto paragangliare del glomo carotico e nervi seno carotidei. Nel gatto dal vago si dislocano

spesso cellule cerebrospinali vicino ai paragangli prossimi all'aorta e connessi coi suoi nervi. In Lepus Cuniculus è dimostrabile istologicamente una cospicua innervazione simpatica del tronco anonimo. Anche lungo i nervi decorrenti tra aorta e polmonare sono dimostrabili giacimenti paragangliari accanto a gangli simpatici; ma essi nulla hanno a che vedere coi paragangli sopra descritti.

**Risultati ematologici nella trasfusione con sangue eterogeneo fissato.**

Dottori A. CARDIN e G. TORRESINI. — Su famiglie di animali normali, anemizzati, anemizzati e trasfusi con sangue eterogeneo fissato, sono state seguite in vita le modificazioni volumetriche, citologiche e colorimetriche del sangue. Dopo la morte degli animali, avvenuta per dissanguamento allo scopo di determinare la massa sanguigna totale, sono stati prelevati alcuni frammenti d'organo e di tessuto per l'allestimento istologico.

Dal complesso comparativo degli esami è risultato che il sangue eterogeneo fissato esalta in grado elevato il potere eritropoietico degli animali trasfusi.

**La deviazione all'esterno dei succhi digestivi nello studio della occlusione intestinale.**

Dott. G. MANGIONE. — Illustra i risultati ottenuti mediante la deviazione all'esterno dei succhi digestivi fatta a diversa altezza, rilevandone l'importanza nella interpretazione della patologia dell'occlusione intestinale.

**Sulle lesioni istologiche di taluni organi nella deviazione all'esterno dei succhi digestivi.**

Dott. G. MANGIONE. — Riferisce in merito alle lesioni istologiche di varii organi secondari alla deviazione all'esterno dei succhi digestivi, mette in evidenza la loro somiglianza con le lesioni degli stessi organi nella occlusione intestinale, per trarne delle considerazioni nella patologia di quest'ultima forma morbosa.

Dott. G. AUSTONI. — *Primi esperimenti di U. V.-microraggiopuntura sulla epidermide vibrabile di embrioni di anfibi.*

Dott. G. RENOSTO. — *Contributo allo studio sulla formazione delle cellule giganti epiteliali.*

*Il Segretario*: P. CERUTTI.

## Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seuta del 28 luglio 1934.

Presidente: prof. A. FODERÀ.

**L'azione dell'alcaloide lupanina e dell'infuso di semi di lupinus albus sulla glicemia normale e sulla glicosuria e iperglicemia diabetica.**

Prof. A. CLEMENTI e dott. D. TORRISI. — La lupanina (ctg. 10 pro chilo) e i semi di lupinus albus (infuso da gr. 35 pro chilo) producono la morte dei conigli. A dosi inferiori somministrate sia per via orale che per via parenterale possono produrre abbassamento del tasso glicemico sia dei conigli che dei polli.

Sia la lupanina alla dose di ctg. 20 *pro die* come l'infuso ricavato da gr. 60 di semi di lupino somministrati per bocca a individui affetti da diabete lieve, possono provocare diminuzione della glicosuria e della iperglicemia. L'azione ipoglicemizzante negli animali normali e antiglicosurica e antiglicemica nell'uomo diabetico sia della lupanina che dei semi di lupino è però molto lieve, è passeggera e non è rigorosamente costante.

**Corpi estranei dell'esofago asportati mediante l'endoscopia diretta.**

Prof. P. CARCÒ. — L'O. dopo essersi intrattenuto sulla frequenza dei corpi estranei dell'esofago nei bambini e negli adulti, si occupa diffusamente delle modalità di estrazione dei detti corpi estranei. Dopo un insieme di considerazioni circa i pericoli dei tentativi di estrazione alla cieca ai quali ricorrono ancora alcuni medici pratici nonchè taluni specialisti, l'O. analizza i corpi estranei dell'esofago in rapporto alla loro forma ed alla loro sede, distinguendo quelli per i quali è possibile ricorrere senza alcun pericolo all'estrazione alla cieca da quelli la cui estrazione deve essere eseguita solo mediante esofagoscopia, se si vogliono evitare delle lesioni esofagee assai spesso pericolose di vita.

Comunica, infine, 4 casi di corpo estraneo dell'esofago per i quali sarebbe stato inutile e pericoloso qualsiasi tentativo di estrazione alla cieca, che vennero felicemente asportati con l'endoscopia diretta.

**Ricerche sulle malattie degli organi respiratori negli zolfatai.**

G. SORGE e D. COLUMBA. — Continuando nell'esposizione delle loro ricerche fra gli zolfatai della Miniera di Grottacalda, gli OO. riferiscono in questa nota i risultati degli esami speciali: esame dell'espettorato, esame morfologico del sangue, dosaggio della calcemia e della glicemia, ricerca sierologica della lue, esame microscopico della ganga zolfifera e del pulviscolo raccolto nei cantieri di avanzamento.

**La siero reazione di Weltmann nelle malattie nervose e mentali.**

Dott. V. LONGO. — L'O. ha eseguito la sieroreazione di Weltmann in vari gruppi di malati affetti da malattie diverse del sistema nervoso con speciale riguardo per la demenza precoce ed ha trovato valori decisamente patologici nel senso di un allungamento della scala di coagulazione nella demenza precoce, più evidenti sopratutto nelle forme recenti. La media di tali valori supera di poco quella riscontrata da altri ricercatori nelle più gravi malattie del fegato (cirrosi).

**I raggi mitogenetici. Il potere radiante di alcune varietà di sangue e di poltiglie neoplastiche saggiato nefelometricamente.**

Dott. V. CONSOLI e N. CONSOLI. — Gli OO. riferiscono i risultati ottenuti con la loro tecnica nefelometrica per la determinazione dei raggi mitogenetici.

Essi hanno con tale metodo saggiata l'attività radiante del sangue di donne gravide e non gravide, di donne in puerperio patologico, e di poltiglie di tumori maligni, confermando i dati ottenuti da AA. precedenti, i quali hanno trovato costantemente un elevato potere radiante nelle poltiglie di tumori maligni e nel sangue di donne gestanti, e scomparso nel sangue di individui affetti da sepsi generale.

La tecnica nefelometrica si è dimostrata molto

precisa, e di gran lunga più semplice e rapida delle altre usate fin'oggi, le quali presentano al confronto una maggiore quantità di cause di errore.

Fanno notare infine quale importanza abbia il diverso comportamento del potere radiante di donna gestante e di individui affetti da tumori maligni, per approfondire lo studio della differenza tra gravidanza e neoplasia, al punto di vista biologico, poichè — come è noto — le comuni ricerche mentiscono un impossibile parallelismo tra i due fenomeni.

**Azione del cortical (estratto di corteccia surrenale) sui tumori sperimentali.**

Dott. S. GIBILISCO. — L'O. in animali portatori di tumori sottoposti ad iniezioni quotidiane di Cortical ottiene uno sviluppo del neoplasma di poco inferiore a quello degli animali controllo.

Conclude per un'azione diretta leggermente inibente del Cortical sullo sviluppo dei neoplasmi.

**Contributo allo studio del comportamento del ricambio emoglobinico nelle cirrosi epatiche.**

Dott. G. AUGERI. — L'O. illustra il comportamento del ricambio emoglobinico in 11 casi di cirrosi epatiche. Conclude che nelle cirrosi epatiche il modo di comportarsi del ric. emoglobin. non pare segua delle leggi costanti, potendo presentarsi aumentato, normale e qualche volta anche diminuito, indipendentemente da stretti rapporti di dipendenza col quadro clinico della sindrome cirrotica. Solo nelle cirrosi ipersplenomegaliche si può vedere un comportamento più costante, nel senso dell'aumento del ric. emoglob., e ciò verosimilmente in rapporto all'esagerata attività emocateretica della milza.

V. LOMBARDO. — *Ricerche sull'ossido-riduzione renale.*

**Sul valore diagnostico della cutireazione e della reazione emoclasica nella brucellosi.**

M. STORNELLO. — L'O. ha saggiato l'intradermoreazione alla melitina di Burnet (colla tecnica di preparazione dell'antigene modificata secondo Dubois e Sollier) ed alle sospensioni brucellari in 32 ammalati di brucellosi ed in 50 soggetti di controllo. Negli ammalati di brucellosi ha avuto il 100 % di risultati positivi ed il 96 % di risultati negativi fra i controlli. Ha saggiato pure la R. E. nel senso di D'Amato con piccole dosi di vaccino iniettato per via venosa in 32 ammalati di brucellosi e in 31 casi di controllo. Negli ammalati di brucellosi ha ottenuto il 90,6 % di risultati positivi e l'83 % di risultati negativi fra i controlli.

Cutireattività e reattività emoclasica compaiono precocemente prima delle agglutinine, dalla cui concentrazione restano completamente indipendenti. *Il Segretario*: G. DI MACCO.

## Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 5 luglio 1934.

**Aspetti pratici moderni della sierodiagnosi della sifilide.**

V. NICOLETTI. — L'O. prospetta l'alta importanza pratica dei recenti progressi tecnici conseguiti nel campo della sierodiagnosi della sifilide mediante l'impiego di alcune reazioni di flocculazione (M.B.R., M.K.R., Kahn) caratterizzate da una sensibilità alquanto maggiore di quella della R. W. Espone i dati desunti dalla propria e altrui esperienza sierologico-clinica, dai quali risulta che tale maggiore sensibilità si manifesta specialmente nel periodo primario, con una comparsa della positività più sollecita di quella della R. W., e nella sifilide latente e tardiva, in particolare nei casi curati con una più lunga permanenza della positività e sottopone tali reperti ad un'accurata valutazione clinico-pratica.

**Prolasso intestinale sottocutaneo traumatico.**

L. MORICONI. — Riferisce di un caso personale trattato cruentemente di rottura per trauma diretto di tutti gli strati della parete addominale esclusa solamente la cute.

Ha raccolto i casi simili già descritti che sommano solo a 27 e tratta della lesione sulla scorta dei dati del caso personale e di quelli raccolti.

**Metodi antichi e moderni per combattere l'avvelenamento da stricnina.**

Prof. I. SIMON. — Nell'avvelenamento acutissimo da stricnina conviene ricorrere in un primo tempo all'etere ed al cloroformio per allontanare il pericolo imminente se l'accesso è conclamato e poi ricorrere ai seguenti mezzi: iniezione intramuscolare di soluzione di luminale di sodio al 20 % (o di soluzione di luminale al 20 % in metilacetamido): iniezioni c. s., di paraldeide, che si può introdurre come tale: iniezione c. s. di soluzione di bromuro di sodio al 60 %. La paraldeide e la soluzione di bromuro di sodio si devono iniettare a cc. 5 per volta: il luminale a cc. 2-2,5 per volta.

**La compartecipazione scissurale nelle pleuriti della grande cavità.**

G. BAGNARESI. — L'O. riferisce sopra venti casi di pleurite essudativa; in quindici di tali casi ha potuto dimostrare radiologicamente una compromissione scissurale. Ritiene che nella grandissima maggioranza dei casi la pleura interlobare partecipi all'infiammazione della sierosa del grande cavo.

Ammette la possibilità di un fattore scissurale nella formazione della linea di Demoiseau nei versamenti pleuritici. *Il Segretario.*

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## DALLA PRATICA CORRENTE.

### Appendicite tifosa: le tonsille nella patogenesi dell'appendicite.

Dott. GIANNINO CONTE (San Belluno, Rovigo).

Avendo letto nel *Policlinico*, Sezione pratica, il lavoro del Melocchi « febbre tifoidea e appendicite » credo che riusciranno dimostrative alcune mie osservazioni cliniche, dal cui commento si possono ricavare dati di pratica utilità. 1) Si tratta di quattro casi di tifo controllati dalla Widal, osservati rispettivamente; *a)* nel dicembre 1930; *b)* nel novembre 1931; *c)* nel settembre 1932; *d)* nel dicembre 1933, preceduti da tonsillite risoltasi spontaneamente in pochi giorni e che nella prima settimana presentarono una così violenta sintomatologia appendicolare da far pensare di trovarsi di fronte ad una vera e propria appendicite acuta. Il caso (*c*) anzi dimostrò addirittura chiari sintomi di perforazione (difesa muscolare, polso piccolo e frequente, lingua secca, ipotermia, vomito); condusse all'intervento e fu estratta una appendice con evidenti lesioni macroscopiche.

Indistintamente per tutti quattro (di conseguenza per quello operato) sul finire della prima settimana cessò la sintomatologia appendicitica, subentrando il decorso regolare del tifo. Dunque questi quattro casi sono analoghi a quello riportato dal Melocchi.

2) Il secondo argomento di mia osservazione, che accoppio in questo lavoro, riguarda l'appendicite e precisamente si tratta di 30 casi di questa malattia, tutti controllati al tavolo operatorio dei quali tre con perforazione e che si presentarono tutti nello spazio di tempo da giugno a dicembre del 1932. Questi malati appartengono ad una clientela di 3500 persone e quindi c'è una percentuale dell'1 e cinquanta per cento e la loro comparsa fu corredata dalle seguenti caratteristiche:

*a)* i casi di appendicite si mostrarono a periodi, in zone differenti;

*b)* in ogni periodo, per ogni zona si ebbero più casi susseguentisi con un intervallo massimo di tre giorni; in una zona ebbi due casi nella stessa famiglia; in ogni periodo, in quella determinata ubicazione ne osservai da quattro a sei;

*c)* dei 30 casi, 10 furono preceduti da tonsillite con una antecedenza varia fra 5 a 20 giorni;

*d)* contemporaneamente ai casi di appendicite, nelle stesse zone, taluni nelle stesse famiglie e pressochè negli stessi periodi, vi fu un grande numero di ammalati di tonsillite. Che cosa dicono questi fatti pratici?

Sembra anzitutto che l'incontrare una sintomatologia appendicitica durante la prima settimana del tifo non sia un fatto così raro come è affermato dal Melocchi; infatti ai casi dei Rendu, Kirkbride, Moizard, Maurage, Schottmüller, Zagari, Mea Muhsan, Wolfsohin, Melocchi, si devono aggiungere i miei quattro veramente dimostrativi e caratteristici, uno dei quali fu tanto imponente da condurre all'intervento.

Le mie quattro osservazioni decorrono in una breve carriera professionale di 5 anni; ma aggiungerò che se questi costituiscono dei prototipi per la loro completezza sintomatologica appendicitica, dovrei enumerarne una serie più abbondante e per la quasi totalità dei malati di tifo da me seguiti, nei quali i sintomi riferentisi al vermiforme, pure rimanendo sempre tenui, furono però bene caratterizzati e tipici, così da simulare una vera partecipazione dell'appendice.

Voglio dire che nella pratica, in corso di tifo specialmente nella prima settimana, è facile e frequente riscontrare sintomi appendicitici che vanno da un risentimento sfuggente per una osservazione meno accurata fino a sintomi imponenti, capaci di fuorviare dalla diagnosi esatta della reale malattia in atto.

Quindi a me personalmente non riuscì nuovo il caso del Melocchi, perchè nella ricerca dei sintomi per la diagnosi di tifo ho l'abitudine di badare anche al dolore più o meno spiccato nel punto di Mac Burney; questo sintomo molto spesso mi riuscì di grande utilità per formulare una diagnosi precoce, perchè, come medico condotto, non sempre ho la possibilità e la facilità di ricorrere alla Widal.

Ogni medico può constatare la frequenza della sintomatologia appendicitica in corso della prima settimana di tifo purchè faccia l'abitudine di porre attenzione al punto di Mac Burney. La frequenza di questo fatto fa pensare che non si tratti d'un fenomeno casuale e fortuito, ma tende a persuadere che nel suo determinismo vi sia un reale e fondato sub-strato anatomo-patologico avente le sue origini dall'infezione Eberthiana.

È dimostrato e accettato che i germi del tifo entrano per le tonsille e lungo la via lin-

fatica o sanguigna (Strümpell, Drigalski, Sanarelli, Richet, Giron, Volfsohn) giungono nell'intestino e precisamente nei follicoli linfatici e nelle placche del Peyer, cioè determinano il fenomeno locale a carico dell'apparato linfatico del tenue, cui fa seguito e contorno il fatto generale.

Stralcio dal Testut questa citazione: « Il principale carattere della mucosa del processo vermiforme è il grande sviluppo del suo apparato linfoide; questo risulta costituito essenzialmente di noduli linfatici aggregati, così numerosi e così voluminosi che si trovano per così dire a contatto fra loro ed occupano da soli tutta la mucosa; si può dire, non senza ragione, che il loro insieme rappresenta una ed unica placca del Peyer, che va da un capo all'altro del processo ». Dunque il processo vermiforme pur non facendo parte del tenue, è del tutto simile a questo nella sua costituzione anatomica e questa uniformità morfologica ne fa pensare una eguale dal lato patologico tra l'appendice e il tenue che è la parte dell'intestino caratteristicamente colpita dal tifo. Questa ipotesi diviene più salda se si cerca di rispondere ad una domanda: perchè nel tifo, di tutto l'intestino, è colpita con predilezione l'ultima porzione del tenue e precisamente le formazioni linfoidi situate intorno o poco distanti dalla valvola ileo-cecale? (Strümpell, Kaufmann). Come tutti i fatti della vita umana, sia fisiologici che patologici, hanno la loro origine e la loro ragione di essere, così io penso che non sia banale l'ammalarsi con preferenza di quella determinata porzione del tenue, ma che invece sia legato a un'intima azione patogenetica: infatti, se i germi del tifo, entrati per le tonsille, si eliminano per l'appendice (Richet, Giron, Wolfshon) se (Melocchi) alcuni autori hanno potuto dimostrare che l'appendice per la sua struttura eminentemente linfoide può andare incontro a processi di infiammazione per infezioni focali aventi sede nelle tonsille, se (Stokes ed Amik) nel tifo può ammalarsi anche il verme da solo, mentre Adrian, Kretz, Natoli, Reclus, Legueu, Forgue mettono in conto un'appendicite metastatica d'origine anginotica, se infine i dati della pratica mi dicono che il 90 % dei casi di tifo da me osservatoi iniziarono con tonsillite e solo fra questi (circa per l'85 %) ho constatati sintomi a carico del verme e mai fra quelli non preceduti da angina, bisognerà concludere che nel tifo esiste uno stretto legame patologico tra tonsille, appendice e tenue e che il verme può facilmente partecipare dell'infezione eberthiana. Ecco dunque che nasce logicamente la risposta alla domanda sopra esposta: nel tenue si ammala il tessuto linfatico posto nelle vicinanze della valvola ileocecale, perchè trattasi di un processo d'infezione per continuità e quindi si infettano più facilmente e per prime le parti più vicine al punto di partenza; il focolaio di partenza in questo caso è l'appendice di dove escono i germi del tifo, giuntivi attraverso la corrente linfatica o sanguigna dalle tonsille. Può venire fatta questa obbiezione: nella mia statistica, che tra osservazioni universitarie e professionali è di 150 casi, nei malati di tifo, con precedenza di tonsillite non sempre si ebbe sintomatologia appendicitica; cioè su 90 questa in modo più o meno evidente si manifestò 85 volte: questo fatto verrebbe a significare che l'ipotesi non è esatta e che non è fissata da una legge costante. Rispondo subito; accanto al fattore esterno « germe del tifo » come causa principale occuperà un ruolo non meno importante un fattore interno e locale, che sarà dato da un corpo estraneo o da un calcolo fecale e così via; questa causa locale è sempre predisponente ed insieme coadiuvante.

I casi, che non presentarono la sintomatologia appendicitica, molto probabilmente mancavano di questo fattore locale.

Ultima prova alla ipotesi di partecipazione attiva dell'appendice nell'infezione tifosa, non assoluta, ma utile, è fornita dal caso (c), nel quale fu estratta una appendice con evidenti lesioni macroscopiche: ed a questa unisco le statistiche di Hoelscker, Hopfenhansen, Recklinghausen, che talvolta trovarono caratteristiche lesioni tifose nell'appendice di malati morti di tifo.

Come conseguenza di quanto ho detto fin qui uscendo dal campo del tifo, e avendo constatata una relazione tra l'anello tonsillare e l'appendice nell'infezione Eberthiana, vien spontaneo il concludere che le tonsille dovrebbero avere una parte notevole nella patogenesi dell'appendicite.

Non ripeto tutte le citazioni già più indietro elencate e che potrebbero servire all'argomento, ma riporto solamente uno studio del Natoli, in cui l'A., prima descrive casi di appendicite che, secondo lui, sono di origine influenzale e tonsillare e poi sulla base di pratiche osservazioni viene a parlare della probabile evenienza d'un epidemia appendicitica per cause generali, con patogenesi per via sanguigna, descrivendo con Reclus e Legueu le malattie alle quali può seguire l'appendicite; influenza, morbillo, vaiolo, angina.

Ma per mio conto ciò che più vale a favore della tesi esposta è il gruppo (2) delle mie osservazioni, che ho schematicamente descritte in principio, e che a suo tempo furono per me oggetto di accurato studio interpretativo: quindi, tralasciando di fare inutili ragionamenti, mi fermerò al commento ed alla interpretazione dei fatti.

L'appendicite non è malattia rara, ma neppure va descritta fra quelle frequentissime fino al punto di presentarsi per 30 volte in un solo semestre; inoltre i punti (a-b) dicono che la malattia si fermava in una zona ristretta, susseguendosi in una serie di casi da 4 fino a 6, che tra una poussée e l'altra c'era un periodo di quiescenza e che, importantissimo, in un periodo di accensione osservai due casi nella stessa famiglia. Mancano dimostrazioni sperimentali, ma le osservazioni cliniche da me fatte in quel secondo semestre del 1932 credo siano sufficienti per concludere che l'appendicite ebbe carattere infettivo e contagioso, comparendo periodicamente in forma epidemica a focolaio, mentre di solito si manifesta in modo sporadico e sparso.

Non intendo generalizzare, ma, unendo il mio materiale di studio a quello del Natoli, Reclus e Legueu, trovo sensato l'affermare che talvolta è possibile una appendicite epidemica, cioè infettiva, e contagiosa, perchè l'epidemia presuppone questi due inscindibili caratteri.

Stabilita l'ipotesi d'una appendicite infettiva e contagiosa, necessità stabilirne, se non una causa, almeno una patogenesi, che viene chiarita dai punti (c-d) della serie (2) di osservazioni. È evidente, senza bisogno di spiegazioni, per i 10 casi, in cui a una distanza più o meno grande di tempo precedette una tonsillite: ma è dimostrabile anche per gli altri. Contemporaneamente, taluni nella stessa famiglia, ma sempre in quelle medesime zone, in cui si verificano i casi di appendicite, osservai moltissimi casi di tonsillite. Pure rimanendo nel campo delle ipotesi, questo fatto mi dice che nel secondo semestre del 1932, nella mia plaga di lavoro vi fu una spiccata tendenza a flogosi in organi composti di tessuto linfatico, tonsille e appendice, che in taluni individui si è avuto tutta la gamma « tonsillite, appendicite », in altri solo la tonsillite; in un gruppo discreto infine si manifestò la sola appendicite, dove si può pensare che le tonsille, senza dare segni patologici, abbiano servito da semplice porta di entrata. La mia osservazione è analoga a quella già fatta ed esposta dal Natoli; ma mentre questo autore con Reclus e Legueu parla di appendicite da cause generali con la precedenza di una vera e propria malattia, tonsillare o d'altro tipo, io trovo bene accettabile l'ipotesi di una appendicite promossa dalle tonsille, dove queste servono da sola e semplice porta d'entrata senza infiammarsi: credo infine che questo meccanismo patogenetico si verifichi, non solo in determinate e speciali condizioni, come quelle da me osservate e descritte, ma anche in molti di quei casi di appendicite sporadica di apparente origine locale, dove invece il fattore locale è un semplice coadiuvante, mentre il vero momento eziologico è partito e giunto dalle tonsille.

RIASSUNTO.

L'A. sulla guida della bibliografia, ma specialmente tenendo conto delle osservazioni della sua pratica espone le due ipotesi:

1) la frequente possibilità d'una vera e propria appendicite tifosa in corso di tifo;

2) la possibilità di una appendicite infettiva con patogenesi tonsillare.

BIBLIOGRAFIA.

1) W. Melocchi. *Febbre tifoidea ed appendicite.* Policlinico, Sez. Pratica, n. 43, 1933, pag. 1688.
2) Kirkbride, Moizard, Maurage, Schottmüller, Zagari, Mea, Muhsam, Wolfsohn, Hoelscher, Hopfenkausen, Recklinghausen, Sanarelli, Richet, Giron. Citati dal Melocchi.
3) Kaufmann. *Anatomia patologica*, pag. 696.
4) Stokes, Amik, Kretz. Citati da Kaufmann.
5) Testut. *Anatomia umana. (Apparato della digestione)*. Vol. IV, pag. 209.
6) Miriam Saul Natoli. *L'appendicite nella pratica della mia condotta.* La Medicina pratica, pag. 242, n. 9, 1932.
7) Reclus, Legueu. Citati da Natoli.
8) Strümpell. *Patologia speciale medica e terapia*, vol. I, p. I, pag. 1.
9) Forgue. *Patologia chirurgica*, vol. 2, pag. 479.
10) Drigalski. Citato da Strümpell.

## CASISTICA E TERAPIA.

**Considerazioni su un caso di emorragia gastrica profusa.**

Mercier Fauteaux (*L'Union Méd. du Canada*, gennaio 1934) a proposito di un caso di emorragia gastrica profusa, presentatosi alla sua osservazione in condizioni molto gravi, tali da sconsigliare il trattamento chirurgico immediato e fargli scegliere quello medico, fa alcune considerazioni:

1) La mortalità nelle emorragie gastriche profuse è certamente più elevata di quanto non si ammetta generalmente.

2) Che non sempre è facile trovare nei se-

gni clinici o di laboratorio una indicazione sicura per prognosticare l'evoluzione.

3) In realtà la cura medica e quella chirurgica hanno le loro rispettive indicazioni.

Nelle grandi ematemesi d'origine gastrica, il trattamento medico conserva, nella maggior parte dei casi, tutto il suo valore, sia nelle gastrorragie dovute ad ulcera gastrica che duodenale.

Resta a discutere i vantaggi di un intervento immediato. Se si tratta di un soggetto *obeso, di un epato-renale o d'un cardiaco, meglio sperare sull'emostasi spontanea* che correre il rischio d'un intervento; se al contrario il malato è giovane e presenta cuore e reni normali, l'intervento precoce trova l'indicazione e, se eseguito con tecnica perfetta, sarà coronato da risultati brillanti. SCANDURRA.

**Ernie occulte della linea alba e ulcere gastriche.**

A. Guillaume (*Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition*, aprile, 1934) riporta due casi occorsi alla sua osservazione: si trattava di due uomini che soffrivano di disturbi gastrici, consistenti in dolori nella regione epigastrica, che comparivano dopo i pasti a ora non costante, erano di carattere variabile nel loro aspetto, nella loro intensità e sede, non si calmavano con l'ingestione di cibo. Non comparivano mai di notte e scomparivano di giorno con la posizione orizzontale. Dolori caratteristici da ernia epigastrica che venne trovata in tutti e due i casi e che venne operata radicalmente. I disturbi cessarono completamente in uno per un periodo di 7 mesi, nell'altro per tre anni, per ripresentarsi poi a carattere del tutto diverso, del tipo caratteristico da ulcera gastrica. Uno sottoposto a cure mediche per ulceroso è guarito dei suoi disturbi, l'altro è stato dovuto operare di urgenza in seguito a perforazione dell'ulcera.

L'A. riportando questi due casi vuol fermare l'attenzione non sull'associazione non rarissima di ernia epigastrica ed ulcera gastrica, ma sulla possibilità che segua alla prima la seconda, sulla necessità di osservare se questa possibilità è veramente reale e sulla necessità di ordinare a questi individui un regime dietetico conveniente per allontanare una tale possibilità.

ULRICO BRACCI.

**Terapia dell'ulcera gastrica con pepsina.**

Secondo K. Glaessner (*The Review of Gastro-enterology*, giugno 1934) la causa dell'ulcera gastrica si deve cercare nella pepsina e acido cloridrico, perchè in assenza di queste due sostanze essa non si produce. Per la produzione dell'ulcera occorre anche un fattore accessorio, che può essere un trauma, un'emorragia, un tossico, una reazione anafilattica, o un'irritazione chimica o batterica o cause nervose.

L'A. ha proposto di usare la pepsina nella cura dell'ulcera gastrica come organoterapia sostitutiva e come terapia anticorpo. L'uso di pepsina per via parenterale aumenta la resistenza della mucosa gastrica e attraverso la produzione di uno stato antipeptico viene ad essere indebolito il potere peptico del succo gastrico. Con esperimenti sugli animali egli vide rapidamente guarire, con questa cura, le ulcere gastriche provocate.

Nell'uomo il Glaessner ha curato più di mille casi e ne ha avuti buoni risultati.

Gli effetti della cura sono: la scomparsa dei segni subiettivi (dolore, senso di ripienezza, eruttazioni, pirosi), il miglioramento dei sintomi obbiettivi (diminuzione dell'acidità gastrica nella metà dei casi circa), aumento di peso, scomparsa delle emorragie, scomparsa della nicchia e degli altri segni radiologici, prolungamento dell'eliminazione del rosso neutro.

Tutte le ulcere dello stomaco e del duodeno che non richiedono un intervento chirurgico sono indicate per questa cura.

La cura si fa iniettando nei muscoli o sottocute una soluzione di pepsina neutra, sterile, ma non bollita, e si completa facendo 10 iniezioni a dose crescente e 10 a dose decrescente. Contemporaneamente si dà per bocca un preparato di bismuto e, prima di ogni pasto, olio in quantità di 75-100 gr. al giorno.

L'alimentazione è fatta con latte, paste, uova, burro, formaggio, carne finemente tritata, vegetali spremuti con burro, budini, pesce, pomodori, miele, pane abbrustolito, gelatine, sugo di frutta.

Il malato deve sdraiarsi per 2 ore al giorno e trova giovamento dalla diatermia o dall'applicazione locale di fanghi caldi o di acqua calda.

La cura si fa per 30 giorni e si ripete 2-3 volte, con intervalli di 6 mesi.

La cura non si deve iniziare in caso di emorragia imponente. Il successo della cura può essere illusorio quando l'ulcera è associata ad appendicite, colecistite, tubercolosi, cirrosi epatica, linfogranulomatosi.

Su 1200 casi si ebbe scomparsa dei sintomi in 1/3 dei casi e miglioramento in 1/3.

R. LUSENA.

**Sui risultati immediati e lontani degli interventi per ulcere gastroduodenali perforate.**

Greyssel e Mourgues (*Revue de Chirurgie*, n. 8, ott. 1933, p. 627), su 194 ammalati (dal 1920 al 1933) ebbero 55 decessi: risulta anche da questa statistica l'importanza del tempo dell'intervento dal determinarsi della perforazione. Nell'età, dopo i 35 anni, si presenta la maggiore frequenza.

Su 169 osservazioni si rinvennero 58 ulcere duodenali con 18 morti; 64 ulcere piloriche ed 11 morti; 45 ulcere del corpo dello stomaco con 15 morti.

In 85 casi fu praticata sutura, gastrodigiunostomia, drenaggio soprapubico, 17 morti (20 %); in 35 sutura, gastrodigiunostomia, 8 morti (21,8 %); in 25 sutura senza gastrodigiu-

nostomia, 7 morti (28 %); in 23 sutura, gastroenterostomia, drenaggio in vita, 9 morti (39,5 %); in 11 tamponamento con o senza gastroenterostomia, 4 morti (63,6 %); in uno pilorectomia, guarigione.

Le complicanze postoperatorie sono legate ad affezioni polmonari, a suppurazioni localizzate secondarie, quasi sempre legate a peritoniti suppurate incistate. Raramente incorre emorragia postoperatoria ed occlusione da circolo vizioso.

I risultati lontani dimostrarono la guarigione del 62,5 % nelle ulcere duodenali, del 59,09 % nelle ulcere piloriche, nell'81,25 % nelle ulcere della piccola curvatura.

Tali dati hanno potuto ricavare dallo studio recente e dopo un lungo periodo di tempo in 68 operati, dei 141 sopravvissuti. Di fronte a 42 casi nei quali i risultati lontani sono stati buoni si ebbero di quelli che presentarono recidive della malattia ulcerosa (2) o comparsa di ulcera peptica gastrodigiunale (4) o cancerizzazione secondaria dell'ulcera (2).

Gli AA. insistono sull'intervento precoce o sulla sorveglianza medica stretta degli ammalati operati.

JURA.

**Prima serie di 100 interventi per ulcera gastroduodenale perforata.**

Pizzagalli (*Atti e Memorie della Soc. Lombarda di Chirurgia*, vol. II, n. 4, 1934) comunica i dati eziologici, clinici ed anatomopatologici dei primi 100 casi di ulcera gastro-duodenale capitati nel padiglione Chirurgia d'urgenza dal 1° luglio 1931 al 15 gennaio 1934.

Espone le varie modalità d'intervento eseguite e che sono state:

38 semplici suture della perforazione con o senza drenaggio;

44 suture della perforazione con associata gastro-enterostomia posteriore;

9 resezioni gastro-duodenali;

9 duodenosfinterectomie anteriori e piloroplastica, sec. Judd. La mortalità è stata del 36 per cento.

L'A. si sofferma sull'operazione di Judd, di cui valuta le indicazioni e illustra con reperti radiologici le deformazioni del bulbo che ne seguono. Espone alcune modifiche di tecnica da lui apportate a questa operazione che, insieme alla resezione gastro-duodenale sec. Reichel-Polya, ha ora tutto il suo favore.

G. GENTILE.

**L'appendicectomia nelle appendiciti retrocecali.**

In casi di appendici retrocecali una tecnica comunemente usata è l'appendicectomia per via retrograda.

Questo modo di procedere non è buono secondo Laseaux (*Presse Méd.*, 1934, n. 34) perchè l'emostasi viene resa difficile o addirittura incerta e per il fatto che essendo spesso la punta di una appendice in situazione retrocecale solidamente fissata in vicinanza dell'angolo epatico del colon, tirando anche modicamente questa può lacerarsi con pericolo e comunque gravi difficoltà per ritrovarla ed asportarla.

In questi casi se il ceco è libero conviene esteriorizzarlo e inciso il foglietto peritoneale che copre l'appendice, isolare questa col suo meso e procedere all'asportazione procedendo dalla punta alla base come di norma.

Se il ceco è fisso, prima di procedere a questo tempo occorre scollare il colon incidendo il peritoneo parietale nella linea in cui questo si riflette sul colon, in modo da poter esteriorizzare il ceco; indi procedere come sopra.

B. PAGGI.

**Un punto importante nella diagnosi di operabilità del cancro del retto nell'uomo: il cancro del Douglas.**

La possibilità di riconoscere al primo tempo di un addomino-perineale estensioni insospettate di un cancro del retto che costringono a ritornare nel giudizio di operabilità emesso dopo l'esame chimico è evenienza frequente.

Leibovici e Soupault (*Presse Méd.*, 1934, n. 29) hanno constatato spesso in cancri che all'esame clinico correttamente eseguito si rivelavano operabili, una diffusione al cul di sacco del Douglas che invade spesso la faccia postero-superiore della vescica.

Per quanto, messi sull'avviso, essi l'abbiano espressamente ricercata in molti ammalati, tale diffusione anteriore dei cancri del retto si è loro dimostrata clinicamente irreperibile.

Siccome l'unico mezzo per poterla mettere in evidenza è l'esplorazione addominale, gli AA. traggono in queste constatazioni ulteriore argomento per consigliare l'intervento per via addomino-perineale al posto dell'intervento esclusivamente perineale.

B. PAGGI.

## SEMEIOTICA.

**Le prove della funzionalità renale negli epatici.**

La questione del ricambio idrico negli ammalati di fegato è di vecchia data: essa si ricollega ad un problema ancora discusso che è quello della origine della ascite. A risolverlo v'è stata tutta una fioritura di ricerche antiche e recenti, nessuna delle quali però può, da sola, spiegare fino a questo momento a che cosa sia dovuta l'ascite o, in linea generale, a quale fattore o fattori sia da riportare l'edema degli epato-pazienti.

F. D'Aros (*La Clinica Medica Italiana*, luglio 1934), dopo aver passato in rivista le varie teorie che si invocano per la genesi della ascite e degli edemi negli epatici, soffermandosi specialmente sulla teoria renale la quale, specie dopo gli studi del Pellegrini, prospetta il problema sotto un aspetto del tutto nuovo, ha creduto interessante studiare il comporta-

mento della funzionalità renale in epato-pazienti in vari stati di edema (sino ad ascite imponente) ed anche senza edemi.

A tale scopo ha studiato su [illegible] pazienti la funzionalità renale con le seguenti prove: esame di urine, prova della diluizione, prova della concentrazione, prova della azotemia ed azotemia provocata, prova della sulfofenolftaleina, dosaggio del cloro nel sangue.

Dai risultati ottenuti l'A. crede dedurre quanto segue:

1) la prova della diluizione è scaduta in tutti gli ammalati di fegato. Essa è migliore negli epatici senza edemi ed asciti. In quelli con edemi ed asciti la diluizione è tanto più scaduta quanto più grave appare l'entità dell'ascite e degli edemi;

2) la prova della concentrazione dà buoni risultati solo negli epatici senza versamenti e senza edemi: negli edematosi è pressochè nulla;

3) la prova della sulfofenolftaleina negli epatici in generale è alquanto scaduta, ma ciò nonostante è una utile indagine per esplorare in essi la funzione renale;

4) la azoturia e l'azotemia provocata costituiscono senza dubbio la prova di funzionalità renale che meglio risponde negli epatici;

5) il dosaggio del cloro nel sangue non mostra alcuna particolarità degna di nota.

Dal complesso, senza poter escludere che la funzione renale lesa possa in parte contribuire alla origine della ascite, è più giusto pensare che un tale disturbo vada messo in rapporto a fattori molteplici, meccanici, fisico-chimici, a base dei quali va posta anzitutto la lesione epatica. G. LA CAVA.

**Risultato del dosaggio isolato delle due bilirubine, diretta ed indiretta, del siero negli itteri acuti ad evoluzione fredda (itteri catarrali, itteri neoplastici, coledoco-litiasi senza infezione).**

Varcla ed altri nel 1931 misero in rilievo la importanza dell'indice della bilirubina ematica calcolata tra i valori della bilirubina indiretta (cloroformosolubile) e quelli della bilirubina diretta (idrosolubile).

Varcla e Viana (*C. R. Soc. Biol.*, n. 14, T. CXV, p. 1667, a. 1934) hanno studiato il rapporto dei valori delle due bilirubine negli itteri catarrali, nelle colelitiasi con occlusione del coledoco (senza infezione) negli itteri da neoplasma (tumore della testa del pancreas o dell'epatico primitivo con ostruzione totale del coledoco in tumore della papilla di Vater).

Da tali ricerche risulta che la concentrazione della bilirubina diretta del siero dipende dal grado di ostruzione (extra od intraepatico) delle vie biliari di escrezione; essa acquista il più alto grado nei neoplasmi con ostruzione totale del coledoco. Al contrario la concentrazione della bilirubina indiretta sembrerebbe subordinata a due fattori principali: *a*) essa aumenta o diminuisce parallelamente alle oscillazioni dell'ittero; *b*) per lo stesso grado di ittero la concentrazione della bilirubina indiretta parrebbe strettamente legata al grado di insufficienza epatica concomitante. Al contrario è rarissima nelle ostruzioni calcolose fredde del coledoco, nel quale il parenchima epatico ha funzione normale. JURA.

# MEDICINA SCIENTIFICA.

## Sull'etiologia dei tumori.

C. H. Andrewes (*The Lancet*, 14 luglio 1934) ritenendo che la teoria parassitaria dei tumori non sia sepolta, ma meriti invece ogni attenzione, ha fatto su questo argomento una conferenza al Collegio Reale dei Medici di Londra il 1° maggio.

Secondo l'A. gran parte di quello che sappiamo dei tumori è a favore di un'etiologia da virus parassiti; ma ci sono anche degli argomenti contrari.

La teoria parassitaria rivive ora colla forma che si può chiamare ipotesi del virus.

*Tumori filtrabili dei polli.* Nel 1910 comparve il lavoro di Rous e Murphy e collaboratori sul sarcoma dei polli trasmissibile per mezzo dei filtrati privi di cellule. Per una diecina di anni nessuno si occupò dell'argomento. Negli ultimi dieci anni l'argomento è stato studiato di più.

I sarcomi dei polli somigliano ai sarcomi dei mammiferi: si infiltrano localmente e dànno metastasi a distanza. Sono di diversi tipi: osteocondrosarcoma, endotelioma, ecc. La differenza coi tumori dei mammiferi è proprio nella loro trasmissibilità coi filtrati e anche nel fatto che possono svilupparsi in animali di altra specie (fagiani e anitre) anche adulti. A differenza di quel che avviene col catrame, che richiede per lo sviluppo di un tumore, molto tempo, il tumore di Rous da filtrato si sviluppa immediatamente (cioè pochi giorni dopo la inoculazione).

Goodpasture ha sostenuto che i tumori dei polli non sono veri neoplasmi, perchè le metastasi non sono provocate dal trapianto lontano di un gruppo di cellule neoplastiche, e quindi sono infezioni dall'agente del tumore. Ma Murray e Begg hanno dimostrato che si tratta di vere metastasi.

Furono fatti degli studi *per vedere se i tumori provocati sono filtrabili* e precisamente furono studiati i tumori da catrame e quelli da dibenzantracene.

Mentre Murphy e Landsteiner provocarono con catrame il sarcoma dei polli ma non lo poterono trasmettere coi filtrati, e Gye e Peacock non riuscirono ad avere nei polli tumori da catrame, Carrell ottenne con catrame, acido arsenioso e indolo tumori maligni filtrabili. I lavori del Carrell sono stati criticati da Begg e Cesanaz.

I tumori da benzantracene non sono stati trovati filtrabili da Peacock e Burnous, Gye e Purdy. Del resto Rous e collaboratori trasmisero il loro tumore solo in 5 casi.

Mc Intosh ebbe dei tumori filtrabili da tumore da catrame nei polli (due angioendoteliomi e un fibrosarcoma).

Ci sono altri argomenti a favore dell'origine dei tumori da virus. Uno di questi è l'inclusione di corpuscoli nel tessuto cancerigno, come si trovano in alcune malattie da virus. Però Rivers e Pearce riuscirono a separare il virus dal tumore, per cui questo è nettamente indipendente da quello.

Anche ricerche sul sarcoma dei topi fanno pensare ad un virus, senza poterne dare la prova decisiva.

È importante ricordare che molti virus si sviluppano nelle cellule dell'ospite e una volta un virus penetrato nelle cellule, gli altri corpi dei liquidi posti all'esterno delle cellule non possono neutralizzarli. Se le cellule sono sospese in liquido immune, invece, non possono essere infettate dal virus.

Altro argomento a favore dell'origine dei tumori da un virus può essere il fatto che esiste certamente un'immunità ai tumori.

I virus provocarono necrosi o proliferazione e, più spesso, proliferazione seguìta da necrosi. Esistono gradi di passaggio fra necrosi e neoplasia tanto del tessuto epiteliale che di quello connettivo.

Così, per la serie epiteliale, ci sono il vaiolo dei polli e delle pecore, le lesioni da *molluscum contagiosum*, l'*ulcus rodens* e finalmente l'*epitelioma maligno* e per la serie connettivale il vaiolo dei canarini, il mixoma infettivo del coniglio, il sarcoma di Fujinami, il sarcoma di Rous, il sarcoma non filtrabile del pollo, e finalmente il sarcoma dei mammiferi.

In una seconda conferenza l'A. tratterà del metabolismo dei tumori. R. LUSENA.

# VARIA

**L'influenza benefica dell'igiene sulla diminuzione della mortalità e sul prolungamento della vita.**

(E. TÉCHONEYRES. *Paris médical*, 25 agos. 1934).

Dal 1801 al 1933 il tasso di mortalità a Reims è diminuito dal 42,50 ‰ al 16,20 ‰ e la diminuzione è stata progressiva. La mortalità elevata che ci fu dal 1801 al 1820 coincide colle guerre dell'impero napoleonico, che non soltanto decimarono la popolazione, ma anche diffusero malattie infettive. Nel periodo dal 1821 al 1850 la mortalità fu dal 33 al 36 ‰; quest'ultima cifra corrisponde alle epidemie di colera che ci furono dopo il 1830. Dal 1851 al 1890 la media fu di 29 ‰ (da 27,91 a 30,66). Dal 1890 al 1930 la diminuzione è molto più notevole e corrisponde al periodo in cui furono adottate ed applicate nuove leggi igieniche.

Oltre la diminuzione della mortalità si è constatato anche il prolungamento della durata media della vita dal 1851 ad oggi, e precisamente i neonati hanno aumentato del 29 % e del 22 % rispettivamente la probabilità di raggiungere e superare i 40 e i 60 anni.

Un'altra constatazione importante: molte malattie di cui prima si moriva spesso, oggi sono scomparse o notevolmente diminuite. Così pel vaiolo ci furono 276 morti dal 1881 al 1890, 24 dal 1901 al 1906; poi scomparsa completa della malattia che riapparve nel 1934 provocando una sola morte. Il tifo uccise 588 persone dal 1881 al 1890, 10 sole dal 1921 al 1923. Nel 1924 a Reims fu istallata la purificazione dell'acqua colla verdunizzazione e da allora non ci furono casi di morte da tifo di origine autoctona.

Per la difterite: 748 morti dal 1881 al 1890; 60 dal 1901 al 1906 e ora da 2 a 5 per anno, dopo un periodo di epidemia che ha dato, nel 1928, 40 morti e, nel 1929, 43.

La quasi sparizione della difterite a Reims dopo quest'ultima epidemia può far credere ad un'azione della vaccinazione con anatossina che fu cominciata nel 1928; ma poichè fu vaccinato solo un terzo degli scolari, non si può ascrivere la diminuzione al vaccino.

Invece la mortalità per tubercolosi a Reims è aumentata: 162 morti nel 1921, 247 nel 1923, 258 nel 1927, 205 nel 1933. R. LUSENA.

# POSTA DEGLI ABBONATI

*Ipertermia da bagni di mare?* L'abb. n. 9420 riferisce di un individuo di 40 anni, non malarico, piuttosto obeso ed in ottimo stato di salute, il quale ogni qual volta fa un bagno di mare presenta, 5 ore dopo, febbre, che sale fino a 40°, senza brivido iniziale e senza alcun disturbo; la febbre cade per lisi il giorno dopo, senza sudore. Il fatto si è ripetuto per 7 volte e non si è mai verificato con il bagno in vasca con acqua comune.

Nessuna spiegazione abbiamo potuto trovare per tale fatto, che ci sembra nuovo e che riportiamo augurandoci che qualche lettore possa portarci, in proposito, il contributo della sua dottrina e della sua esperienza.

*fil.*

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

N. FARAH. *Le rôle du pneumocoque comme agent spécifique du rhumatisme articulaire aigu.* — Alexandrie, 1934.

N. FARAH. *Considérations diagnostiques sur la nature pneumococcique du rhumatisme articulaire aigu et sur le traitement du foyer de l'infection par les rayons X.* — Alexandrie, 1934.

P. SANGIORGI. *Sull'ipersensibilità aspirinica di alcuni asmatici.* — Tip. Europa, Roma, 1934.

I. DI PACE. *La valutazione dei vari sintomi della tetania latente.* — Tip. Campi, Foligno, 1934.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## MEDICINA SOCIALE

### La lotta contro la sifilide.

Il dott. G. Perilli in un articolo pubblicato sul « Popolo d'Italia » mette in evidenza ed esalta il successo che in pochi anni si è potuto realizzare nella lotta contro la tubercolosi. Mediante i mezzi potenti allestiti da varî istituti statali e parastatali si è potuto ottenere che in breve volgere di tempo il numero annuo delle vittime di tale malattia sia disceso da 60 mila a 45 mila.

Ma — osserva il Perrilli — ben più temibile della tubercolosi è la sifilide.

Certo essa non desta nel popolo quella sentimentale simpatia, che turba ogni cuore quando si parla di tubercolosi e di tisici. Anzi è sempre con grande reticenza che si pronunzia quel nome!

In America, la « Lincoln National Life Foundation » ha distribuito largamente ai giornali, alle riviste, agli educatori, ai sacerdoti, ai direttori delle stazioni radio ecc. un numero enorme di opuscoletti sulla sifilide, sia per combattere l'uso di considerarla come malattia *innominabile*, sia per diffondere le nozioni meglio atte a combatterla.

E per combatterla e vincerla bisogna conoscerla — col suo vero nome — e valutarne la gravità delle manifestazioni e dei danni che produce, studiare come scoprirla in tempo, prevenirla se possibile, curarla a fondo.

All'ultimo Congresso delle Scienze le cifre sui nati morti e sulla mortalità dei neonati, che già forte impressione produssero quando dal prof. Pestalozza furono esposte in Senato, sono state dal prof. Gaifami denunciate a più di 80.000, di cui circa un terzo per sifilide.

Ben 25 o 30.000 sono gli esseri stroncati già poco prima o poco dopo la loro comparsa alla luce, senza dire poi degli aborti spontanei, dovuti anch'essi in massima parte alla lue.

In quanto alle perdite di adulti i calcoli sono molto più difficili. Infatti nei volumi dell'Istituto Centrale di Statistica leggiamo: « La sifilide è raramente indicata come causa diretta di morte negli adulti, e quindi sfugge in gran parte ad una esatta rilevazione ». Ciò non toglie che è convinzione generale di medici, di biologi, di sociologi in genere che le vittime della sifilide sono più numerose che per ogni altra malattia: qualcuno asserisce perfino che possano raggiungere le 200.000!

Senza dire che i casi di morte improvvisa di individui giovani o di media età da causa non accertata, nove volte su dieci sono dovuti a sifilide.

Il danno che tuttora causa la lue è enorme, certo molto superiore a quello che appare ai profani.

Il problema è dunque scoccante, e va risoluto con mezzi adeguati.

Ogni inerzia sarebbe colposa, poichè per la sifilide, più che per la tubercolosi, si dispone di mezzi preventivi, diagnostici e curativi che facilitano il compito.

Oramai per la cura di essa — ed in un tempo relativamente breve — disponiamo di rimedi di provata e pronta efficacia. Ed abbiamo pure sicuri metodi per scoprire in tempo un'infezione luetica iniziale o latente e per accertarne la graduale o totale scomparsa.

Oltre alle più conosciute ed usate sierodiagnosi della sifilide: la Wassermann, la Kahn, le Meinike ecc. abbiamo la relativamente recente sierodiagnosi di Sciarra — una sierodiagnosi italiana, italianissima — che si è mostrata squisitamente sensibile e con indicazione netta, anche in casi in cui con altri metodi non si era avuto alcun risultato.

Su « La Stirpe », n. 3 e 7, 1933, sono state dal prof. Olinto Sciarra esposte, in modo chiaro e preciso, le ragioni che impongono la creazione anche in Italia di un grande istituto sierologico, come quelli di Parigi, di Londra, di Berlino, di Vienna e di numerose altre città estere, rispondenti alle indicazioni del Comitato di Igiene della Società delle Nazioni.

Auguriamoci che presto sorga in Italia un tale istituto e che in esso — anche se vi sia solo parità di merito — si dia la preferenza ai metodi italiani, il che apporterebbe, oltre all' " inestimabile vantaggio morale, anche un sensibile vantaggio economico, per la diminuita importazione di costosi — e quanto! — medicinali stranieri.

" Con le numerose complesse provvidenze all'uopo disposte dal Regime Fascista è da augurarsi anche che le 200 mila vittime annue di cui ora si incolpa la sifilide, possano ben presto esser risparmiate e destinate invece, come laboriose esistenze, a rendere sempre più sana, popolata, potente e prospera l'Italia di domani ,,. A. P.

## CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAPENDENTE (*Viterbo*). — Scad. 15 ott.; 2ª condotta; L. 9500 e quadrienni dec., oltre lire 1548,80 trasp.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

BOLOGNA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 31 ott.; medico direttore del consorzio, medico direttore del Dispensario prov.; medico aiuto del Dispensario prov.; medico dirigente la Sezione dispensariale di Imola; rispett. L. 24.000, L. 18.000, L. 6000 e L. 5000 aumentabili; laurea da 2 anni al 17 ag.; tassa L. 50.

CENTO (*Ferrara*). — Scad. 30 sett.; 1ª condotta di città; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 assegno supplement., L. 3 addizionali, L. 500-2500 trasp.; età limite 35 a.; tassa L. 50.

CETRARO (*Cosenza*). — Scad. 3 ott.; L. 6000 e 5 quadrienni dec., L. 2500 trasp., età limite 35 a.; tassa L. 50.

Chambave (*Aosta*). — Scad. 22 nov.; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san., età limite 35 a.

Civitella del Tronto (*Teramo*). — Scad. 31 ott.; 3ª condotta; L. 7000 e 4 quadrienni di L. 500, L. 2400 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Cosenza. *Ospedale Civile*. — Scad. 30 sett.; titoli ed esami; tre assistenti ordinari per un biennio. Stipendio netto L. 1584 più una quota parte su compensi operativi. Documenti di rito.

Firenze. *Opera Pia degli Ospizi Marini* con sede in Viareggio. — Scad. 15 ott.; direttore sanitario; L. 18.000 e 5 trienni dec., oltre L. 2200 indenn. alloggio e L. 2200 serv. att.; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Rivolgersi all'Opera Pia, via Pietrapiana 46.

Forchia (*Benevento*). — Scad. 15 ott.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; età limite 40-45 a.; tassa L. 50.

Guardamiglio (*Milano*). — Concorso, per titoli, al posto di medico-condotto di detto Comune. Abitanti 2561 dei quali 953 sparsi in campagna e circa 300 poveri. Alla condotta medica sono annessi i seguenti assegni lordi della imposta di Ricch. Mob. e ritenuta Cassa pensioni: stipendio annuo L. 10.500, con 5 aumenti quadriennali del decimo dopo il biennio di prova; L. 625 annue quale Ufficiale Sanitario se dalla Prefettura ne verrà affidato l'incarico, più L. 3500 annue per indennità mezzo di trasporto e L. 1000 per indennità affitto e riscaldamento ambulatorio. Tali assegni e indennità sono soggetti alle ritenute del 12 % di cui il Decreto N. 1491 del 20-11-1930 ed alle altre disposte dal Decr. N. 561 del 14-4-1934. La domanda, in bollo da L. 3, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le relative modalità, possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Guardamiglio, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciasette del 15 ottobre 1934-XII.

Jacurso (*Catanzaro*). — Scad. 31 ott.; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; età limite 45 a.; tassa L. 50.

Lajatico (*Pisa*). — Scad. 31 ott.; pel capoluogo; L. 9000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2000 trasp., L. 500 se uff. san.; età limite 35 a. al 30 lug.; tassa L. 50,10.

La Spezia. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele II*. — È aperto concorso per medico specialista in Otorino-laringoiatria. Chiedere copia dell'avviso alla Segreteria dell'Ospedale.

Lentiai (*Belluno*). — Scad. 31 ott.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., L. 500 uff. san.

Messina. *Grande Ospedale Civico « Piemonte »*. — Scad. 13 ottobre, ore 16; direttore sanitario; età limite 45 a. al 14 ag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; L. 25.000 e 2 quadrienni dec., oltre L. 6000 indennità carica e L. 1300 rimborso spese per direz. Ospedale Consorziale « Regina Margherita »; tassa L. 50,10.

Milano. — (Vedere dopo l'Avvertenza per i Concorsi a condotte medico-chirurgiche).

Minturno (*Roma*). — Scad. 31 ott.; 2° reparto; L. 7858,40 oltre L. 1858,55 trasp.; non riduzioni, ma trattenute; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

Monteveglio (*Bologna*). — Scad. 30 sett.; rivolgersi Segreteria del Comune.

Montorio nei Frentani (*Campobasso*). — Scad. 31 ott.; L. 6500 e 3 quinquenni; tassa L. 50,10 restituibile.

Oniferi (*Nuoro*). — Scad. 7 ott.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 uff. san., c.-v.; età limite 40 a.

Padova. *Ospedale Civile*. — Scad. 15 ott., ore 17; 12 assistenti effettivi aggiunti, per varî Reparti; titoli ed esami; medaglie di L. 30; tassa L. 50,10; età limite 33 a. all'1 settembre; nomine e conferme annuali fino a 35 a. Chiedere annunzio alla Segreteria.

Parma. *Ospedale Maggiore*. — Scad. 30 sett. Comprimario chirurgo; L. 4700 e compartecipaz.; 5 assistenti: L. 4500 e c.-v. Età limite 40 a. Titoli ed eventualm. esami. Rivolgersi Segreteria.

Pozzuolo del Friuli (*Udine*). — Scad. 30 nov.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., L. 900 uff. san., L. 3000 trasp., c.-v. Chiedere avviso.

Rossana (*Cuneo*). — A tutto l'11 ottobre c. a. Concorso al posto di medico condotto. Stipendio lordo L. 8340; quattro aumenti quinquennali del decimo dello stipendio. Indennità di trasporto L. 1000, più L. 500 quale Ufficiale Sanitario, il tutto soggetto alle ritenute e riduzioni di legge. Scadenza undici ottobre 1934-XII.

Salerno. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 10 ott.; medico aiuto nel Dispensario provinc.; L. 6000 e 4 trienni di L. 500; 2 anni di laurea; età limite 40 a. al 10 sett.; tassa L. 50,10.

Saronno (*Varese*). *Ospedale Civico*. — Concorso ai posti di: *a*) Assistente Chirurgo interno; *b*) Assistente Medico interno; *c*) Medico specialista oculista; *d*) Medico specialista otorinolaringoiatra; *e*) Medico Specialista dermosifilopata; *f*) Medico Specialista pediatra. (Vedere al precedente N. 37).

Sesto al Reghena (*Udine*). — Scad. 31 ott.; L. 8000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., c.-v., L. 3000 cavallo o automobile; età limite 25-35 a.; tassa L. 50,10.

Striano (*Napoli*). — Scad. 20 nov.; L. 9500 oltre L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Viterbo. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 ott.; medico aiuto nel Dispensario prov.; L. 9000 e 10 bienni ventes.; età limite 45 a. al 14 ag.; 2 anni di laurea.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

---

Milano. — *Concorso a posti di chimico presso il Laboratorio Chimico Municipale.*

È aperto il concorso, per titoli e per esami, a due posti di Chimico presso il Laboratorio Chimico Municipale, alle condizioni fissate dal vigente Regolamento generale ed organico per il personale del Comune. Lo stipendio iniziale è di L. 14.000 all'anno, al lordo delle trattenute di legge nonchè delle riduzioni di cui ai RR. DD. LL. 20 novembre 1930, n. 1491 e 14 aprile 1934, n. 561. Detto stipendio è suscettibile di sei aumenti quadriennali fino a raggiungere il massimo complessivo di annue L. 9800, salvo le trattenute e le riduzioni di cui sopra. Il funzionario nominato a detto posto fruirà inoltre di un assegno di carica di L. 1000.

(Per le altre modalità vedere nel precedente N. 37).

CONCORSI A PREMI.

*Assegno di perfezionamento in chirurgia a Pavia.*

È aperto il concorso per un assegno di L. 5500 fra i giovani laureati da non oltre cinque anni, in una Università del Regno che siano cittadini italiani e intendano perfezionarsi in chirurgia generale (Clinica Chirurgica e Patologia Chirurgica) presso la R. Università di Pavia. Il tempo utile per la presentazione della domanda e dei titoli di concorso scadrà il 30 settembre. A parità di merito saranno titoli di preferenza l'aver conseguito la laurea nella Università di Pavia, il disagio economico, il non avere uffici retribuiti od assegni. Il vincitore del concorso, durante l'anno accademico in cui godrà dello assegno, non potrà accettare uffici di nessun genere estranei all'Istituto in cui intende perfezionarsi nè risiedere fuori di Pavia. Dovrà alla fine presentare al Rettore e al direttore dell'Istituto una relazione sugli studi fatti nell'anno accademico di perfezionamento. L'assegno verrà corrisposto al vincitore in 9 rate mensili posticipate, a decorrere dal 1° novembre fino al 31 luglio successivo, dietro presentazione all'Economato Universitario di un attestato di frequenza, scritto dal direttore dell'Istituto in cui egli compie il perfezionamento.



## NOTIZIE DIVERSE.

**1° Congresso internazionale di elettroradiobiologia.**

Il Congresso venne inaugurato con molta solennità nel Palazzo Ducale di Venezia.

Assistevano alla cerimonia il Duca di Genova, il Duca di Bergamo, le Principesse Adelaide di Savoia e Bona con il consorte Principe Conrad di Baviera, il sen. Marconi, presidente dell'Accademia d'Italia e presidente onorario del convegno, il sen. Rocco, presidente del Comitato nazionale per la cooperazione intellettuale, il conte Volpi di Misurata, presidente del Congresso, numerosi senatori, altre autorità ed una folla imponente di congressisti e di personalità della scienza e dell'arte. Erano presenti 23 delegazioni straniere e i delegati ufficiali di molte università, tra cui Cambridge, Bordeaux, Atene ecc.

Parlò per primo il sen. Marconi, il quale tenne un magnifico e documentato discorso. Rilevò, fra l'altro, l'azione che sull'organismo esercitano le varie radiazioni, in particolare i raggi X. E aggiunse: « Forse meno appariscenti, ma non meno interessanti, potranno essere le azioni di altre radiazioni fra quelle che la fisica va scoprendo e che costituiscono ormai una gamma estesissima che, per le radiazioni elettromagnetiche, va dalle onde elettriche lunghe chilometri ai raggi gamma e forse a certi raggi ultra-gamma delle radiazioni cosmiche, attraverso le onde ultra corte, fino a pochi millimetri, i raggi infrarossi, le radiazioni luminose, i raggi ultravioletti, i raggi X, e per le radiazioni corpuscolari dai raggi catodici ai raggi alfa e beta delle sostanze radioattive ed ai corpuscoli cosmici. Non si può neppure trascurare l'influenza probabile che hanno sulla vita le radiazioni meccaniche, tra le quali i suoni e gli ultrasuoni.

« Vediamo quindi attraverso quali vie multiformi il mondo fisico può reagire sul mondo biologico. È perciò che noi dobbiamo salutare questo Convegno di fisici, di chimici e di biologi, con particolare compiacimento, perchè nel campo così interessante dei fenomeni della vita, dagli sforzi comuni per la ricerca della verità, deriverà certamente un progresso ben più imponente che non dagli sforzi isolati di ricercatori specializzati ».

Il podestà di Venezia dette ai congressisti il saluto di Venezia.

Il prof. Kopacewski, del Ministero dell'Istruzione di Francia, portò il saluto del d'Arsonval, cui il congresso inviò un telegramma di omaggio.

Il prof. Compton, dell'Università di Chicago, pronunziò, applauditissimo, il discorso ufficiale sul tema « Effetti fisici e chimici delle radiazioni elettriche ».

Il dott. Giocondo Protti, dopo aver reso omaggio — tra gli applausi dell'assemblea — al Capo del Governo, che ha reso possibile la convocazione del Congresso, delinea gli scopi di questo e ne traccia il programma.

Da ultimo, il conte Volpi di Misurata dichiara aperto il Congresso.

I lavori si sono svolti al Palazzo Reale. Ne daremo un breve resoconto in un prossimo numero.

**Congresso della Società radio-neuro-chirurgica italiana.**

Si terrà a Milano il 30 e il 31 ottobre, sotto la presidenza del prof. Mario Donati.

Man mano che la scienza medica specializzata ha approfondito le conoscenze di dettaglio nel campo delle singole specialità, si è sentito il bisogno che specialità diverse si incontrassero insieme per studiare problemi promiscui a parecchi di esse.

Così sorsero Società scientifiche a contenuto complesso. Fra le più importanti e promettenti, è sorta la Società Radio-Neuro-Chirurgica Italiana. Essa risponde ad una necessità della Clinica moderna, poichè la terapia chirurgica del sistema nervoso (tumori al cervello, compressioni del midollo spinale, asfissia delle estremità, ecc.) richiedano l'opera comune e combinata di neuropatologi, di radiologi e, naturalmente, di chirurghi.

Si era anzi pensato di addivenire alla creazione di una Società internazionale; ma qualche scienziato straniero, e fra questi il grande neuropatologo di Londra Sir Purves-Stewart, direttore di quella Clinica universitaria, propose, a nostro onore, che la Società italiana avocasse presso di sè gli stranieri che avesse creduto.

Così al Congresso di Milano, oltre alle più eminenti figure della radiologia, della neuropatologia e della chirurgia italiana, saranno invitati i trenta eminenti scienziati stranieri che la Società Radio-Neuro-Chirurgica ha nominato propri soci, con alto gradimento loro.

Il tema che formerà oggetto di relazione sarà il seguente: « Criteri di indagine nelle affezioni del nevrasse »: a relatori sono stati nominati: per la parte radiologica, il prof. M. Bertolotti di Torino; per la parte neurologica, il prof. G. Boschi di Ferrara; per la parte chirurgica, il prof. sen. R. Bastianelli di Roma.

Indirizzo della Società: Padova, Casella Postale 433.

**Congresso della stampa medica latina.**

Sotto l'alto patronato del Governo Francese e degli Ambasciatori delle Nazioni Latine, la « Federazione della Stampa Medica Latina » organizza a Parigi questo Congresso dal 17 al 21 ottobre.

Nella seduta inaugurale del Congresso il sen. N. Pende terrà una conferenza sul tema: « Il genio medico latino ».

Il programma del Congresso comprende visite ai principali Istituti parigini di interesse medico, varî ricevimenti, una gita a Reims ed ai campi di battaglia, che furono anche nostri, della grande guerra.

Tutti i medici italiani possono prendere parte a questo Congresso di « fraternità latina », in occasione del quale l'Ufficio Stampa Medica Italiana, ottenute le necessarie autorizzazioni e d'accordo con la Federazione della Stampa Medica Latina, ha preso l'iniziativa di un viaggio a Parigi di medici italiani, affidandone alla C.I.T. la organizzazione turistica.

Prezzo complessivo del vaggio, con alloggio e vitto (vino escluso) in ottimi alberghi delle rispettive categorie: 1ª classe, L. 1100; 2ª classe, L. 850. (Per solo viaggio in ferrovia, escluso ogni altro servizio: 1ª classe, L. 570; 2ª classe, L. 385).

Ogni partecipante al viaggio (per affluire a Milano e da Milano in sede, nel Regno, riduzione del 70 % per la Mostra Aeronautica) sarà dalla C.I.T. provveduto il biglietto ferroviario della rispettiva classe, valevole pel ritorno a Milano, entro la durata di trenta giorni. Si confida di ottenere un passaporto collettivo per chi sia sprovvisto di passaporto individuale; per coloro che intendono, però, attuare isolatamente il viaggio di ritorno, occorre il passaporto individuale.

Per tutte le informazioni ulteriori in rapporto al viaggio e pel versamento delle rispettive quote, rivolgersi a: Compagnia Italiana Turismo (C.I.T.), Galleria Vitt. Emanuele, Milano. Per le informazioni, invece, di carattere medico (eventuali comunicazioni al Congresso S. M. L., proposte di visite a speciali Istituti ecc.), rivolgersi a: Ufficio Stampa Medica Italiana, via Vallazze 39, Milano; oppure a: prof. T. De Sanctis Monaldi, via Mascherino 72, Roma, per l'Italia Centrale; ed al prof. R. De Blasio, Strada Nuova S. M. Ognibene 30, Napoli, per l'Italia Meridionale.

**Nuovo padiglione ospitaliero a Torino.**

È stato inaugurato nell'Ospedale « Amedeo di Savoia » un nuovo Padiglione, destinato alla cura di malattie infettive. Alla cerimonia inaugurale, fra le Autorità erano presenti S. E. il Cardinale Arcivescovo e il Quadrumviro De Vecchi di Val Cismon. Il prof. Bruzzone, presidente dell'Ospedale, illustrò le finalità del nuovo Padiglione, dedicato alla memoria del prof. Battistini, che ne fu l'ideatore. Segnalò all'ammirazione e alla riconoscenza di tutti, le Suore del Cottolengo, che prestano servizio nell'Ospedale, e fra esse in particolare suor Plautilla, che da 34 anni profonde nell'Ospedale il suo spirito di sacrificio. Prese poi la parola il prof. Micheli. Quindi il conte De Vecchi di Val Cismon fregiò il petto di suor Plautilla della medaglia testè assegnatale in riconoscimento della sua lunga opera di bene.

**In memoria di R. Jones.**

Si è tenuta a Londra una riunione, presieduta dal sindaco, per rendere un omaggio alla memoria di Sir Robert Jones, considerato « il creatore della moderna chirurgia ortopedica ». Si decise che la commemorazione debba consistere nel fondare una cattedra ed una borsa per viaggi di studio. Lord Moynihan rilevò gl'immensi benefici recati dal Jones all'umanità sofferente; tra l'altro, infinite schiere di combattenti devono a lui la salvezza o la salute. Ma il suo più grande merito consiste nell'aver creato un indirizzo; il suo spirito animerà i chirurgi che verranno.

**In onore dei fratelli Mayo.**

La « Legione Nazionale Americana » ha conferito la citazione all'ordine del giorno ai dottori William James Mayo e Charles Horace Mayo « per i servizi resi ai camerati infermi o invalidi e all'umanità in generale ».

Alla cerimonia, svoltasi l'8 agosto a Rochester, intervenne il presidente della Repubblica, Roosevelt, che volle offrire ai due insigniti una targa di bronzo, opera di insigni artisti (la parte scultorea è dovuta a Carlo Brioschi). Furono pronunziati molti discorsi, da personalità militari, politiche e civili; il presidente Roosevelt esaltò i benefizi recati all'umanità dalla medicina, che dà lezioni

continue di etica e di altruismo. Si calcola che alla grandiosa riunione abbiano partecipato ben 75.000 persone.

Nel pomeriggio dello stesso giorno si tenne una dimostrazione al Campo Militare; v'intervennero circa 8000 persone; furono pronunziati altri discorsi.

Ebbe anche luogo un banchetto al « Kahler Hotel », con più di 300 ospiti.

La manifestazione ha attestato di quale stima siano circondati i due sommi chirurgi americani.

**Un po' dovunque.**

Il 2° Congresso internazionale di educazione fisica e degli sport si è tenuto a Chamonix dal 3 al 5 settembre; vi hanno partecipato 25 studiosi italiani, tra cui i proff. sen. Viola, sen. Pende, Donaggio, Aiello ecc. Ne riferiremo prossimamente.

Si è chiuso il 14 settembre a Budapest il XXX Congresso della Società italiana di Oto-Rino-Laringologia, sotto la presidenza del prof. Malan. Convennero nella capitale ungherese più di 120 italiani, signorilmente accolti dalle autorità e dai colleghi. Ebbero luogo varie comunicazioni e discussioni.

Contemporaneamente a questo Congresso, si è tenuto a Padova il congresso della Società di fonetica biologica e foniatria, sotto la presidenza del prof. Silvestro Baglioni di Roma.

Si è stabilito che Bologna sia sede del XXXI Congresso di O.-R.-L. e che il tema di relazione verta su: « Le petrositi ».

La data dell'11° Congresso nazionale di medicina del lavoro, spostata due volte, è definitivamente fissata per i giorni 29-31 ottobre.

La « Giornata medico-legale di Montecatini » avrà luogo il 30 settembre, nella Palazzina Regia delle RR. Terme, a cura del prof. A. Cazzaniga; in una seduta antimeridiana verrà ascoltata e discussa una relazione del prof. O. Bellucci sulla « Assicurazione generale contro le malattie »; in una seduta pomeridiana verranno svolte le comunicazioni, tutte inerenti al tema.

Il Comitato internazionale per lo studio dell'ozena, costituitosi in seguito a decisione del Congresso internazionale di O.-R.-L. adunatosi a Madrid nel 1932, raccoglie gli elementi per redigere delle relazioni quadriennali. Rivolgersi al segretario generale prof. Dr. D. I. Vasiliu, Str. Arculin 16, Bucuresti, Romania.

L'Associazione Ospedaliera Americana si adunerà a Filadelfia dal 24 al 28 settembre.

Alle terme di Ostenda si è tenuta una riunione medica franco-belga, presieduta dal prof. Vanverts, di Lilla, e dal dott. d'Hondt, di Wervicq.

Nell'Università di Siena si è svolto un Raduno di otorinolaringoiatri toscani, organizzato dal prof. L. Bellucci e presieduto dal prof. U. L. Torrisi, direttori rispettivamente delle Cliniche O.-R.-L. di Siena e di Firenze.

Dal 30 settembre al 3 ottobre si terrà a Stoccarda la 43ª riunione annuale della Lega tedesca contro l'abuso delle bevande spiritose.

L'Associazione canadese di sanità pubblica si è adunata a Montreal dall'11 al 13 giugno.

I medici della rete ferroviaria statale della Francia hanno tenuto un'assemblea generale a Bagnole-de-l'Orne, sotto la presidenza del capo del Servizio dott. Touchard; hanno ascoltato una conferenza su quella Stazione termale, tenuta dal prof. P. Carnot. Vi era rappresentata la stampa medica.

La Sezione Giulia della Società Italiana di Pediatria si è adunata il 10 giugno, sotto la presidenza del prof. G. Berghinz.

La Sezione Pugliese della stessa Società si è adunata il 5 luglio, sotto la presidenza del prof. O. Cozzolino.

Presso la R. Università di Palermo si è costituita la Sezione siciliana della Società it. di antropologia e psicologia criminale, che ha per scopi principali lo studio e la profilassi della criminalità. Alla presidenza sono stati chiamati i proff. D. Mirto, R. Colella e E. Carnevali. Le adesioni vanno dirette al R. Istituto di medicina legale, via G. D'Alessi 8, Palermo.

Numerosi medici napoletani, fra cui parecchi professori dell'Ateneo, si sono recati a visitare la Fonte Cottorella di Rieti, ricevuti e guidati dal comm. Rainoldi, animatore dello sviluppo idrologico della regione reatina; tenne una conferenza il prof. Marfori. Vennero poi visitate le sorgenti di Cotilia. Al convegno intervennero il medico provinciale, dott. Agrifoglio, il podestà di Rieti, il segretario federale ed altre autorità.

Un corso di medicina sportiva avrà luogo a Bad Elster; le iscrizioni importano 10 marchi. Rivolgersi alla: Reichgeschäftsstelle des Deutschen Sportärztebundes, Wilhelmstr. 92-93, Berlin W8.

Il Rettorato provinciale di Catania ha approvato un progetto di massima per la costruzione dell'Ospedale Psichiatrico, per l'importo di 14 milioni di lire.

Il 14 sett. la Regina Elena si è recata al Policlinico Umberto I di Roma, per visitarvi il sesto padiglione. Ricevuta dal primario prof. Panegrossi, dall'aiuto dott. Ruggeri, dagli assistenti e dalle infermiere della scuola-convitto « Regina Elena », ha visitato minutamente il nuovo reparto di cui avemmo già ad occuparci.

La Federazione dell'O. N. M. I. per la provincia di Cagliari ha creato a Iglesias un asilo-nido per bambini fino all'età di 3 anni, i cui genitori non siano, comunque, in grado di prestare loro l'assistenza necessaria. Negli stessi locali si è istituito un Consultorio pediatrico.

La signora Teresa Fenaroli, vedova Pesenti, allo scopo di legare ad un'opera di bene la memoria del compianto marito, gr. uff. ing. Cesare Pesenti, ha fatto dono all'Ospedale « Principessa di Piemonte » di Bergamo di oltre 800.000 lire, fra immobili e titoli di Stato. L'offerta, coincidente col giorno in cui l'ospedale registrava 1000 ammalati, massimo delle presenze segnate, è stata ricevuta al Palazzo del Governo dal Preside gr. cr. Sala, il quale proporrà che un reparto dell'ospedale venga dedicato alla memoria dell'estinto ing. Cesare Pesenti.

Il Duce ha ricevuto i dirigenti la « Società di cura Gugenberg e Kneipp » di Bressanone, accompagnati dal Prefetto e dal Podestà; dopo aver ascol-

tato l'esposizione degli intervenuti, ha impartito disposizioni perchè Bressanone ritorni ad essere un centro della cura Kneipp. Il Podestà e il ragioniere G. Croce gli espressero sensi di devota riconoscenza.

La Reale Società Italiana d'Igiene di Milano, auspice il suo presidente prof. Veratti, ha preso l'iniziativa di fondare a Milano una Clinica naturista.

Il 5 luglio, ad iniziativa del dott. Wagner, commissario generale della classe sanitaria della Germania, l'Ospedale Comunale di Dresda è stato trasformato in Clinica per la medicina biologica con indirizzo naturista e per la valorizzazione della cosidetta medicina popolare. La nuova Clinica è intestata al dott. Hess, segretario del partito hitleriano, fautore della medicina naturista.

Al Parlamento inglese il ministro sir Kingsley Wood ha annunciato che si propone di ridurre le tariffe telefoniche dei medici e delle infermiere poichè per questa categoria di professionisti il telefono « è sopratutto un mezzo per comunicare con coloro che li chiamano, mentre essi lo adoperano pochissimo ».

Il Tribunale di eredosanità di Wiesbaden ha respinto la proposta di sterilizzazione di una suddita italiana, Rosa Labriola; la decisione è stata determinata dall'interessamento delle autorità italiane.

Il prof. Portmann, senatore della Gironda, ha presentato un progetto di legge per la limitazione del numero degli studenti di medicina in Francia (iscrizioni al primo anno e passaggi dal primo al secondo anno). Il testo è pubblicato integralmente sullo « Scalpel » dell'8 settembre 1934.



## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI — Roma, 1° Ottobre 1934 - XII — Num. 39


# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

**SEZIONE PRATICA**

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma


## SOMMARIO.



## NOTE E CONTRIBUTI


Istituto di Clinica Medica della R. Università di Napoli diretta dal Prof. GIUSEPPE ZAGARI.

Consorzio Provinciale Antitubercolare di Napoli. Direttore tecnico: Dott. MARCELLO ZAPPIA.


### Alcune considerazioni sul meccanismo di azione della frenicoexeresi.


Dott. SALVATORE ROMANO,
aiuto del Dispensario antitubercolare, interno della Clinica.


La frenicoexeresi agisce essenzialmente col meccanismo del collasso. La paralisi del diaframma permette una più o meno spiccata detensione del polmone nel senso verticale, abolisce una delle principali forze traumatizzanti il polmone malato — l'inspirazione diaframmatica — può costituire coi movimenti paradossi del muscolo inerte un elemento di compenso alla trazione esaltata dei due terzi superiori della parete toracica.

Una completa esposizione e spiegazione di questi fattori favorevoli messi in giuoco dalla frenicoexeresi, è nella recente pubblicazione di Monaldi (vedi Bibliografia) ed è inutile ripetere. Si può bensì aggiungere che il collasso determinato dalla paralisi del diaframma è in linea di massima da considerarsi di grado ben inferiore a quello che si ottiene col pnx. per ragioni di elementare comprensione.

Ma lo strappamento del frenico produce solo la paralisi del diaframma, dando al polmone il beneficio che pure può essere sufficiente, di un relativo stato di collasso, oppure non sono chiamati in causa dall'atto operativo altri fattori, che incidano per un meccanismo diverso sul processo morboso che si vuole curare?

Chi si accinge ad operare di frenicoexeresi si propone di ottenere la estrinsecazione dei fattori meccanici di guarigione sopra accennati, con le benefiche modificazioni, conseguenti al collasso e non ancora del tutto chiarite, della circolazione sanguigna e linfatica polmonare e dello stato immunitario o, meglio, dei poteri difensivi in senso lato.

Ma già nella letteratura vi sono dati suffi-

cienti per ammettere nel meccanismo di azione della frenicoexeresi altri elementi sul cui valore vogliamo appunto richiamare l'attenzione.

Questi dati sono di tre ordini: anatomico, sperimentale, clinico.

Il dato anatomico è nella costituzione stessa del nervo frenico che, come gli altri nervi cerebro spinali, ha nella sua compagine fibre amieliniche che gli provengono principalmente dal ganglio cervicale inferiore (Aoyagi, Felix). Altre anastomosi col simpatico conta il nervo all'altezza del diaframma (Luschka, Felix); e forse altre nel resto del suo decorso intratoracico.

Va fatta quindi la constatazione fondamentale che lo strappamento del frenico porta inevitabilmente alla distruzione di determinate fibre nervose di origine simpatica.

Quale importanza abbiano questi filuzzi nervosi sull'attività dei visceri addominali (rami terminali del frenico al plesso celiaco) e del cuore c'interessa sapere fino ad un certo punto: pare tuttavia che siano praticamente scarsi o nulli gli effetti della loro recisione sull'attività dei visceri nominati — modificazioni elettrocardiografiche interessanti ha registrato Francaviglia nei frenicectomizzati —, mentre le fibre destinate all'addome potrebbero non essere fuori di causa in quei rapporti funzionali tra torace e addome recentemente intravisti dalla scuola di Morelli nella pratica del pneumoperitoneo. Così non pare ammissibile che tali fibre abbiano funzione motoria sul diaframma, come sostiene Felix; mentre sembra provato (Ken Kuré, Jansen) che esse non siano estranee al mantenimento del tono diaframmatico — ciò che del resto confermerebbe la vecchia teoria di Mosso sui rapporti tra simpatico e tono dei muscoli striati — ed è possibile ancora che esse, in via riflessa, abbiano importanza nella respirazione per un meccanismo analogo a quello dell'autogoverno della respirazione descritto da Hering e Breuer (Baglioni).

Quanta importanza abbiano invece nella innervazione del polmone — vasi, mucosa bronchiale, muscoli bronchiali — è di sommo interesse sapere.

Accenniamo semplicemente ad un'azione secretrice delle fibre simpatiche destinate ai bronchi, e lasciamo da parte la questione dei movimenti respiratori attivi del polmone sotto il governo del sistema neurovegetativo. Fermiamo invece un momento la nostra attenzione sulle turbe vasomotorie che sono provocate dalla frenex.

I dati sperimentali che le comprovano ci sono forniti da Donati e Vannucci, Margaria, Belli.

Donati e Vannucci (1926), nei conigli frenicectomizzati, hanno osservato forte iniezione dei vasi sanguigni polmonari e vivace desquamazione degli epiteli alveolari nelle prime 48 ore dopo l'intervento. Questi reperti erano presenti su tutto il polmone del lato frenicectomizzato.

Margaria, con esperienze delicate sui cani nelle quali ha tenuto conto delle variazioni della ventilazione polmonare, misurando con metodo termoelettrico la temperatura del polmone e dell'aria bronchiale prima e dopo il taglio del frenico al collo, prima e dopo l'eccitazione del moncone periferico del frenico, ha osservato una netta diminuzione della temperatura — 1/2,1° — dopo l'eccitazione del frenico e un altrettanto netto aumento dopo la frenicectomia. Questi fatti non possono che essere messi in relazione con fenomeni di vasocostrizione e di vasodilatazione, consecutive all'eccitazione e alla paralisi delle fibre simpatiche decorrenti col frenico.

Belli, nei cani, ha registrato le variazioni di volume del polmone, consecutive agl'interventi sul frenico, previa legatura dei bronchi. In queste condizioni si comprende che le variazioni registrate vanno messe in rapporto alle variazioni della massa sanguigna circolante nel polmone.

Egli ha così potuto stabilire che la stimolazione del capo periferico del frenico resecato al collo produce vasocostrizione nel circolo polmonare. Dalla semplice resezione del nervo egli non ha ottenuto risultati apprezzabili.

Queste interessanti esperienze, da cui traspare la importanza delle anastomosi simpatico-freniche nell'innervazione vasomotoria del polmone, sono rimaste, a mia conoscenza, isolate. Ma la clinica che ne è stata l'ispiratrice, offre anche loro diuturnamente il più valido appoggio.

Infatti gli operati di frenex. vanno incontro abbastanza frequentemente, specie nelle prime ore e nei primi giorni successivi all'intervento, ad emottisi di vario grado, in generale di poca entità; emottisi che colpiscono anche quegli operati che o non hanno mai avuto o da lungo tempo non hanno avuto emorragie polmonari.

Non si saprebbe spiegare l'emoftoe in questi casi se non ammettendo delle turbe vasomotorie a tipo congestizio. dovute appunto allo strappamento delle fibre simpatiche decorrenti nel frenico.

Resta provato quindi un secondo punto: che

lo strappamento del frenico produce nel polmone congestione, per il prevalere dei meccanismi vasodilatatori in seguito alla distruzione delle fibre simpatiche che si accompagnano al frenico.

Si può subito aggiungere che il grado della congestione può variare, in limiti anche ampii, a seconda della importanza fisiologica che nei singoli individui tali fibre rivestono nell'innervazione vascolare del polmone; che può variare ancora a seconda della lunghezza del frenico strappato e quindi a seconda del numero delle anastomosi simpatico-freniche distrutte.

Si può aggiungere altresì che probabilmente tale congestione non è destinata ad avere lunga durata perchè molte altre fibre amieliniche emergenti dal ganglio stellato, attraverso quel complesso cui è stato dato il nome di nervo splancnico polmonare (Cruveilhier), per altre vie arrivano al polmone e possono assumersi il compito di ricondurne alla norma il regime circolatorio.

Dopo l'osservazione sperimentale di questi fenomeni congestivi provocati dalla frenicoexeresi, si è più o meno recisamente attribuito un nuovo merito alla operazione di Stuertz Felix: quello cioè di produrre una benefica stasi nel circolo polmonare indipendentemente dalla paralisi del diaframma e dal collasso del polmone.

Sergent. in un recente numero di Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire, così si esprime: Non si avrebbe (per la recisione delle anastomosi simpatico-freniche) una modificazione della circolazione capillare nel polmone, modificazione rappresentata da una vasodilatazione con stasi realizzante uno stato analogo a quello che esiste nei soggetti affetti da stenosi mitralica, soggetti nei quali la tubercolosi polmonare assume un'evoluzione torpida tendente alla sclerosi?

Lusena che ha visto la prova della stasi da vasoparalisi nel circolo polmonare, nell'aumento della pressione venosa del grande circolo in circa il 90 % dei suoi frenicectomizzati, ha proposto la semplice resezione delle anostomosi simpaticofreniche al collo in sostituzione della frenex. Sia detto per incidenza, questa proposta, come già un'altra del genere di Alvarez, è stata accolta con poco entusiasmo, sia perchè essa si presta a critiche di indole anatomo-fisiologica, non essendo solo le fibre simpatiche decorrenti col frenico destinate all'innervazione dei vasi del polmone, sia perchè non si avrebbero fondate ragioni per rinunziare ai benefici della paralisi del diaframma.

Belli asserisce che la stasi polmonare conseguente alla simpaticectomia che inevitabilmente si viene a fare con l'operazione di Felix, assomma i suoi effetti benefici a quelli dovuti al fattore meccanico (paralisi del diaframma).

Possiamo noi accettare senz'altro queste vedute ammettendo che i fenomeni congestivi della frenex. siano fenomeni di stasi?

Che la frenex. provochi iperemia e stasi nel polmone è possibile sia col meccanismo del collasso — stato di collasso modico che forse favorisce l'afflusso arterioso; nello stesso tempo aumento delle resistenze nel circolo capillare per maggiore tortuosità assunta da capillari stessi nella retrazione del polmone; aumento quindi della massa complessiva di sangue nei polmoni e minore velocità di corrente —; sia perchè con la paralisi del diaframma è in certo modo inceppato lo svuotamento delle vene nelle cavità cardiache per la perdita di una delle forze aspirative toraciche maggiormente efficienti.

Ma è certamente cosa meno agevole riguardare la vasoparalisi provocata con la frenicoexeresi quale causa di stasi e per dippiù quale causa talmente importante di stasi da potersi aspettare solo da essa l'avviamento alla sclerosi di un processo specifico polmonare.

Presumibilmente un'estesa e profonda paralisi nel territorio dell'arteria polmonare, dove già vige una pressione bassissima, può produrre stasi nel piccolo circolo. Ma nella frenicoexeresi questa vasoparalisi si avvera in maniera talmente cospicua, se non tutte le fibre vasocostrittrici destinate al polmone decorrono col frenico? Non potrebbe verificarsi, al contrario, una iperemia attiva?

Nè si deve dimenticare la circolazione nutritizia, quella cioè delle arterie bronchiali provenienti dal grande circolo, la cui paralisi — e non è escluso che le fibre simpatiche decorrenti col frenico innervino anche queste arterie — più che produrre una stasi condurrebbe ad una iperemia attiva di tutto l'albero bronchiale fino ai bronchioli terminali, così come avviene nel padiglione dell'orecchio del coniglio quando si taglia il simpatico cervicale, nell'esperienza classica di Claude Bernard.

Se infatti ci riferiamo ai risultati dell'esperienza di Margaria, noi possiamo ammettere con una certa sicurezza che la recisione delle fibre simpatiche che si accompagnano al frenico, produce iperemia attiva per lo meno nel sistema bronchiale: un aumento così netto della temperatura dell'aria bronchiale dopo la frenex. è più comprensibile in relazione a maggiore vivacità della corrente sanguigna anzichè a stasi.

Sicchè mentre non appare dimostrato che la

frenicoexeresi, col meccanismo della vasoparalisi, produca stasi nel piccolo circolo, è molto verosimile che produca iperemia attiva nel territorio delle arterie bronchiali.

***

Queste considerazioni hanno un doppio valore pratico. Esse ci indicano che, nella valutazione della frenex., se da una parte non dobbiamo fare affidamento sul fattore stasi da vasoparalisi — fattore non dimostrato e che, anche esistendo non può essere duraturo — dobbiamo d'altra parte tenere nella giusta considerazione l'iperemia attiva, sia pure limitata all'albero bronchiale e temporanea.

La pratica insegna che mentre la frenex. dà risultati favorevoli nei casi di processi specifici cronici inattivi o subattivi con tendenza retrattile in atto, può produrre invece effetti dannosi, favorendone l'estensione e anche la diffusione per via ematica, sulle lesioni acute e subacute a tipo broncopneumonico.

Ora, non è da domandarsi se non sia proprio l'iperemia attiva, elemento che favorisce lo sviluppo dei processi infiammatori acuti, a produrre questi effetti deleteri?

Per conto mio io non scorgo nella frenex. un altro fattore che possa essere chiamato in causa in simili evenienze.

RIASSUNTO.

L'A. in base a dati clinici e sperimentali tratti dalla letteratura, discute sul valore della distruzione delle anastomosi simpaticofreniche nella frenicoexeresi.

Egli ritiene non dimostrato che tale simpaticoexeresi produca, col meccanismo della vasoparalisi, una stasi nel circolo polmonare; stasi del resto che, anche ammessa, non potrebbe avere una durata utile agli effetti terapeutici. Ritiene invece molto probabile che essa provochi iperemia attiva almeno nel circolo bronchiale e che verosimilmente proprio a questa iperemia attiva siano da attribuirsi gli effetti dannosi della frenicoexeresi riscontrati nei casi con lesioni a tipo broncopneumonico acute o subacute.

BIBLIOGRAFIA.

AOYAGI. Citato da FELIX.

BAGLIONI. Citato da DONATI e VANNUCCI; e in « Le funzioni nervose del sistema della vita vegetativa » di SPADOLINI. Zanichelli, Bologna.

BELLI. II Conferenza internazionale contro la tubercolosi; Minerva Medica, 1930.

DONATI. Riforma medica, 1933.

DONATI e VANNUCCI. XXXIV Congresso Società it. di Chirurg., 1926; *La Chirurgia del simpatico cervicale*. Manunzio, Roma, 1926.

FELIX W. Deutsch Zeit. f. Chir., 1922, Bd. 171.

FRANCAVIGLIA. Cuore e Circolazione, 1932.

JANSEN. Zeit. fur Anat. und Entwick. Bd. 96, 1931.

KURÉ. *Die vierfache Muskelinnervation*. Urban u. Schwarz., 1931.

LUSENA. Bollettino soc. it. di Biol. 1929; Tubercolosi 1929; id. 1930.

MONALDI. *Fisiopatologia dell'aparato respiratorio nelia tubercolosi polmonare*. Fed. naz. fascista lotta contro la tbc., 1934.

MARGARIA. Archivio di fisiologia, 1928.

SERGENT etc. Archives médico-chir. de l'appareil resp., 1934, n. 1.

Vedi inoltre. CASTELLI. *La frenicoexeresi*. Archivio dell'Ist. Bioch. it., Milano, 1933.

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

## Crisi occlusive intestinali recidivanti per ciste linfatica entero-mesenterica in portatore di anchilostomiasi (1).

Prof. Dott. DINO VANNUCCI
Chirurgo primario de l'Ospedale Umberto I
São Paulo (Brasile).

Il giorno 7 giugno 1933 mi veniva condotto alla visita il bambino A.A. di 3 anni, da Cafelandia (Stato di São Paulo, Noroeste). I genitori, due giovani e forti coloni di origine italiana (veneti), mi riferivano che il loro piccolo aveva avuto normale sviluppo somatico e psichico ed aveva sempre goduto buona salute fino alla presente malattia. Questa iniziò nei primi giorni del gennaio 1933. Il bambino cominciò a deperire ed a soffrire di periodi di stipsi accompagnati da dolori addominali. Ai dolori ed alla stipsi seguivano delle crisi diarroiche, mentre il piccolo paziente, già florido, dimagriva ed impallidiva rapidamente. Esso fu allora fatto visitare a diversi medici, i quali tutti furono sempre concordi nel diagnosticare una verminosi intestinale (ascaridiosi e anchilostomiasi) (2), confortati e garantiti da ripetuti esami microscopici delle feci. Il fanciullo era stato più volte, ed anche pochi giorni prima, sottoposto a somministrazione di antiel-

(1) Il caso fu presentato alla società *Ars Medica* di *São Paulo, Brasile*, nel dicembre 1933, e formò oggetto di una lezione clinica agli assistenti e frequentatori della Sala di Chirurgia A de l'*Ospedale Umberto I*.

(2) L'anchilostomiasi (necator americanus) è molto frequente nell'interno del *Brasile*, dove è conosciuta con il nome di « *opilação* » e, più comunemente, con quello di « *amarellão* », per lo speciale colorito giallo-terreo che impartisce a la cute degli infestati.

mintici. Tuttavia, subito dopo l'ultimo trattamento, la crisi addominale (dolori, stipsi, diarrea) si era ripresentata onde i parenti avevano creduto opportuno condurre il bambino alla visita di altri sanitari nell'Ospedale Umberto I. I genitori, frattanto, dicevano di non essere molto impressionati dai fatti intestinali, che si erano abituati a veder superare dal paziente con relativa facilità. Per quanto l'ultima crisi fosse stata più forte delle precedenti essi erano assai più impensieriti dal dimagrimento, dal pallore, e dal grande sviluppo che aveva preso l'addome del fanciullo ed era per questo che ricorrevano alla nostra opera.

Il paziente era veramente caduto in un gravissimo stato di deperimento. La pelle era pallida, ma non giallo-terrea, secca, completamente sprovvista di pannicolo adiposo, stirata e lucente sulle salienze ossee. Il bambino, come tutti i fanciulli cresciuti lontano da centri popolosi, era ritroso e scontroso. La vista della cappa bianca del medico lo faceva piangere e strillare ponendolo in uno stato di agitazione che le blandizie non valevano a calmarlo. L'esame clinico, in specie dell'addome, forniva, in queste condizioni, dei dati del tutto aleatorii e stavo per rinviarlo concordando con la diagnosi pura e semplice di verminosi, per quanto non mi sentissi del tutto sicuro della sua esattezza. Invero gl'infestati da anchilostomiasi di grado avanzato, per la forte magrezza e l'enorme sviluppo del ventre, assumono, talora, in specie se colpiti nella prima infanzia, aspetto del tutto simile a quello che Dante scolpisce nell'idropico Mastro Adamo. L'enorme ventre del bambino e la cachessia potevano benissimo accordarsi con la diagnosi di verminosi. Ma ciò che non si accordava con questa diagnosi era che la verminosi avesse ridotto il paziente a quel miserabile stato generale senza imprimere alla sua pelle il particolare colorito che ha, qui, suggerito il nome della malattia. Fu per questo che insistei nell'esame e, finalmente, fra uno strillo più alto ed una respirazione più profonda, mi parve di avvertire la presenza di una massa attraverso la parete addominale tesa e contratta. Pregai allora uno degli assistenti di narcotizzare il bambino. Le dita esploratrici poterono così apprezzare, con sicurezza, a destra e in alto nell'addome, una massa rotondeggiante, a superficie regolare ed apparentemente liscia, di consistenza molto dura, ma anche elastica, del volume della testa di un feto a termine, sulla quale non si apprezzava fluttuazione.

La massa era assai mobile in tutti i sensi, ma non era dotata di mobilità respiratoria ed era completamente ottusa alla percussione, quando si spingeva a suo contatto la parete addominale. Tutto l'addome era invece timpanico quando era stato percosso nello stato di veglia. Al disopra, ed in apparenza almeno indipendente dal tumore, si palpava il bordo epatico, mentre tutt'intorno, fatta eccezione del lato esterno, si poteva, con la percussione, risvegliare la risonanza gastrica ed un forte timpanismo intestinale. Non si palpava nè il rene destro nè quello sinistro. All'ipocondrio sinistro si percepiva, invece, il polo inferiore della milza, mentre l'ipofonesi soprapubica, che era stata rilevata a l'inizio dell'anestesia era completamente scomparsa nella narcosi profonda, allorchè il bambino aveva orinato. Non vi era disegno di anse intestinali sulla parete, ma l'ascoltazione diretta e mediata del ventre dava ovunque abbondante reperto di borborigtmo spontaneo e provocato.

Furono allora interrogati più accuratamente i parenti. Risultò che essi erano immuni da tubercolosi e da sifilide e che due fratelli del piccolo malato godevano ottima salute. Nel primo mese da l'inizio dei disturbi il bambino aveva espulso numerosi ascaridi ed altri piccoli vermi con le feci. I genitori deviavano continuamente l'attenzione sullo stato generale del piccolo paziente e solo con un interrogatorio insistente potemmo ricostruire alla meglio l'andamento delle crisi intestinali. Cominciavano queste con dolori diffusi intermittenti ed assai forti a tutto l'addome, che continuavano uno o due giorni e si accompagnavano a stipsi. Dopo di che per altri due o tre giorni si presentava una diarrea caratterizzata da 4-6 scariche alvine diarie di materiale liquido e fetido, ma con aspetto di feci e privo di sangue e di muco. Non vi era mai stato nè vomito, nè singhiozzo, nè febbre. In capo a 5-6 giorni da l'inizio dei fenomeni il bambino si ristabiliva e, per quanto continuamente deperendo, ne passava 15-20 nel silenzio di ogni sintomo addominale. La crisi che esso aveva avuto avanti che fosse visitato da noi era la sesta che aveva sofferto dal Gennaio ed, a detta dei genitori, anche la più grave, per quanto anche questa volta non avesse rivestito nessun particolare carattere di drammaticità.

L'esame clinico degli altri organi ed apparati non svelava niente di anormale. L'esame dell'orine dette un risultato, per i componenti principali, del tutto normale.

***

Da i dati anamnestici risultava chiaro che il bambino aveva sofferto di ascaridiosi e di

anchilostomiasi. Pensammo che la massa addominale fosse sfuggita agli esami praticati altrove perchè:

*a*) i parenti non avevano sufficientemente richiamato l'attenzione su i fenomeni intestinali;

*b*) il timpanismo intestinale era molto accentuato e per questo la massa poteva sfuggire facilmente all'esame percussorio dell'addome, come a noi stessi era accaduto, mentre, praticamente, in stato di veglia, il bambino non si lasciava esaminare in modo che l'esame palpatorio potesse fornire dati di un qualche valore;

*c*) la diagnosi di verminosi poteva benissimo spiegare sia i disturbi enterici che il depauperamento generale del soggetto.

Se noi non fossimo stati colpiti da una sensazione di stranezza per il disaccordo fra colorito della pelle e grave deperimento, come conseguenze discordanti di una stessa causa non ci saremmo attardati nell'esame e non avremmo avuto la sensazione indefinita di tumore addominale che ci spinse a narcotizzare il bambino; ciò che rappresentava l'unico espediente capace di fornire i dati semeiotici atti ad una ricostruzione armonica e razionale dei fenomeni morbosi caduti sotto la nostra osservazione. Una volta riconosciuta la presenza della massa endoaddominale, alla luce di questo dato, tre nuovi quesiti, infatti, s'imponevano:

1) che significato doveva attribuirsi ai fenomeni intestinali;

2) che rapporti intercorrevano fra le crisi e la verminosi e fra la verminosi e la massa;

3) la massa doveva localizzarsi al di dentro o al di fuori dell'intestino?

Per il modo di susseguirsi dei sintomi (dolori intermittenti, stipsi, diarrea, relativo e temporaneo benessere, foriero di nuova crisi) credemmo giusto ammettere che non si potesse più considerare le crisi come semplici episodi di disturbi enterici da verminosi. Pensammo che i fatti intestinali fossero da interpetrarsi come fenomeni di occlusione intestinale cronica recidivante, e, per le caratteristiche delle feci diarroiche, che seguivano la stipsi, giudicammo che l'elemento determinante il difetto di canalizzazione agisse su l'ileo. Non potevamo, frattanto, nel discriminare la natura delle cause occlusive non tenere conto la verminosi ed in particolar modo l'ascaridiosi, così frequentemente tenuta in non cale dai medici e che invece può provocare, eccezionalmente, accidenti addominali acutissimi quali la perforazione ed, assai frequentemente, fenomeni occlusivi. L'occlusione può assumere l'aspetto dell'invaginamento, come nei casi di Hohmeier e Novaro, ed è, allora, dovuta alla presenza di uno o pochi ascaridi che attraverso l'irritazione e la trazione localizzate sulla mucosa ne provocano quello scivolamento sulla sottomucosa, che è il punto di partenza dell'invaginamento. In genere la forma di occlusione più frequente è tuttavia quella nella quale gli elementi funzionano come corpo estraneo occludente. In tal caso, anche senza arrivare all'enormi quantità di ascaridi costatate da Fernandez, Carri, Capurro, Onaca, Dimitriou-Mamant e Cioran, la massa di vermi è, in genere, assai voluminosa e tale da poter essere palpata clinicamente. Noi crediamo però di poter escludere che l'ascaridiosi fosse la causa degli episodi occlusivi presentati dal nostro soggetto perchè:

1) i genitori constatarono l'espulsione di elminti nei primissimi tempi di malattia, ma poi non ebbero più occasione di notarla;

2) anche quando non si presentano in forma acuta, e qualunque sia il volume di vermi che le determina, le crisi occlusive da verminosi, una volta istituitesi, non retrocedono, fino alla canalizzazione normale, se non con l'espulsione della causa occludente. Nel nostro caso le crisi occlusive erano state assai numerose e mai vi era stata, dopo, espulsione in massa di vermi;

3) la massa endoaddominale, palpata in narcosi, era duro-elastica e rotondeggiante e non pastosa ed allungata quale avrebbe dovuto essere se essa fosse stata costituita da un groviglio di elminti in un'ansa ileale dilatata;

4) il tumore era troppo voluminoso per ammettere senz'altro che esso avesse sede endoileale ed, in particolare, fosse determinato da un groviglio di ascaridi. Si noti tuttavia che le anse dell'ileo possono giungere a dilatazioni enormi. Nella letteratura esistono per esempio circa una cinquantina di casi di peritonite incapsulante (Zuckergussdarm) e noi ne abbiamo osservato uno che è ora in corso di pubblicazione. In questo caso un'ansa ileale, distesa da l'occlusione di vecchia data, aveva raggiunto un diametro di oltre 14 cm. senza che, frattanto, la parete si fosse assottigliata per il compenso legato all'enorme ipertrofia della tonaca muscolare onde, clinicamente, era stata palpata come una sacca molle ed elastica;

5) comunque, infine, noi localizzammo la massa al di fuori del lume intestinale qualunque fosse la natura del tumore, poichè non credemmo probabile che se una massa così voluminosa avesse avuto sede intraintestinale e capacità di dare occlusione, questa avrebbe

potuto retrocedere una volta istituitasi. In verità vi è una condizione non eccessivamente rara, e d'altronde, di prognosi relativamente benigna, nella quale una massa, endointestinale, di volume anche maggiore, può determinare fenomeni di occlusione cronica. Il fecaloma, infatti, può dare delle occlusioni croniche benigne e ricidivanti ed il reperto di massa endoaddominale alta e mobile (sede nel colon trasverso e nel sigma). Con questa supposizione non si accordavano, però, nel nostro caso, nè l'età del soggetto, nè la consistenza del tumore, nè l'aspetto delle feci, nè la brevità dei periodi di stipsi. Nel fecaloma che, in genere, è sempre a sede colica, i periodi di stipsi non sono seguiti da diarrea, ma da l'emissione di scibale dure, secche, piccole, e caprine, mentre la chiusura dell'alvo perdura abitualmente per 6-7 giorni, può raggiungere i 15, ed io ne ho veduto un caso, che fu poi felicemente operato, nel quale la chiusura dell'alvo era stata discretamente ben sopportata per oltre 22 giorni.

Formulammo quindi un primo diagnostico ammettendo che si trattasse di *crisi recidivanti di occlusione intestinale (ileale), legate alla presenza di un tumore (in senso generico) a sede endoaddominale ed extraintestinale, in soggetto gravemente deperito e forse ancora portatore di anchilostomiasi.*

Ci competeva quindi di precisare il diagnostico rispondendo ad altri quesiti:

*a*) quale era la sede precisa, l'origine e la natura del tumore endoaddominale;

*b*) con quale meccanismo determinava, o poteva determinare, i disturbi di canalizzazione intestinale; e, conseguentemente:

*c*) quali erano la causa o le cause dello stato di cachessia nel quale era caduto il bambino.

⁂

Rinvenuta la milza nella sua sede anatomica potemmo tralasciare di considerare il tumore come determinato da una milza migrante. Così pure, data l'assenza di ogni movimento respiratorio della massa e la sua indipendenza dal bordo epatico, ci ritenemmo autorizzati ad escludere che avesse una sede epatica o comunque rapporto col fegato. Invero sono del tutto poco comuni le condizioni che si sono verificate nei casi di Bucalossi e di Petit-Dutaillis e Longuet. Nel primo caso un adenoma congenito solitario del fegato potè essere palpato come un tumore della fossa iliaca destra grazie alla presenza di un lungo e fino peduncolo che aveva permesso la discesa del tumore. Nel secondo caso, pure di adenoma solitario peduncolato del fegato, il soggetto fu visitato in stato di addome acuto con tumore della grossezza di una testa di feto a termine posto a destra e in alto nell'addome, onde gli AA. restarono in dubbio, data la negatività dell'esame ginecologico, se si trattasse di cisti ovarica o di cisti idatidea peduncolata del fegato. E se il nostro soggetto fosse stato femmina sarebbe stata, invece, difficile la discussione per eliminare il sospetto di cisti ovarica dato che, per l'età, non avremmo potuto praticare nessun riscontro vaginale, mentre la cisti ovarica non è del tutto eccezionale neppure nella prima infanzia, ed è con grande frequenza, palpata come sopraombellicale.

Fu facile allontanare anche l'ipotesi di qualsiasi rapporto con lo stomaco e la sua parete per l'assenza di ogni fenomeno gastrico, che unita a la mancanza di fatti colici, alla forma ed alla consistenza del tumore valse a farci scartare l'omento. I tumori e le lesioni omentali più frequenti, per la loro stessa natura, non acquistano mai l'aspetto regolare e la consistenza che si aveva nel nostro caso, a meno che non avessimo supposto che si trattasse di una ciste de echinococco. Ma rifiutammo con sicurezza questa ipotesi, non per la mancanza del fremito idatideo, di ben poca importanza, ma per il fatto che il bambino non aveva avuto commercio con cani e, quando anche se avesse avuto, poco valore avremmo potuto attribuire a questo fatto. L'echinococcosi è quasi sconosciuta in Brasile ed i casi registrati non sono autoctoni, ma generalmente importati dall'Europa o dall'Argentina. I genitori del bambino erano venuti essi stessi fanciulli in Brasile, non avevano mai viaggiato ed il piccolo era nato in Cafelandia.

Non credemmo di ammettere si trattasse di un tumore retroperitoneale non potendosi pensare ai comuni sarcomi e linfosarcomi che sono fissi e generalmente non disturbano la calanizzazione intestinale, mentre altri tumori retroperitoneali (cisti del corpo di Wolff, cisti pancreatiche, cisti linfatiche, teratomi) o non sono mobili o lo sono anche respiratoriamente, come nei recenti casi di König e di Weier.

Restava tuttavia il dubbio che la massa potesse avere sede renale o fosse rappresentata dal rene stesso. Circa due mesi prima avevamo avuto occasione di visitare un bambino dell'età di 2 anni, portatore di un tumore addominale destro che presentava tutte le caratteristiche semeiotiche di quello del paziente che avevamo in osservazione. In quel caso, frattanto, il tumore era di maggior volume, leggermente ovoidale e di consistenza carno-

sa, piuttosto che duro-elastica. Questo piccolo infermo era perfettamente florido e ben portante. Aveva sofferto di vaghi disturbi enterici, che, indagati, si mostrarono assai banali, e la madre lo aveva condotto alla visita perchè essa stessa, attendendo alle sue cure materne, aveva avvertito la presenza della massa addominale e ne chiedeva, impressionata, la spiegazione. Basandoci sul fatto che il tumore non aveva mobilità respiratoria, mentre era spostabile facilmente verso il basso quasi fino nel piccolo bacino e medialmente quasi oltre l'ombellico, lo considerammo di sede mesenteriale e di natura benigna, dato l'ottimo stato generale del soggetto. L'epicrisi operatoria ci riserbò una solenne delusione.

Aperto l'addome per via pararettale destra e sottombellicale ci trovammo di fronte ad una massa extraperitoneale, completamente libera da aderenze, rivestita da una capsula fibrosa, che solo per le sue connessioni vascolari e ureterali potemmo riconoscere per rene, o meglio per ciò che rappresentava quello che era stato il rene destro. La diagnosi di tumore (sarcoma, come poi confermò l'esame istologico) una volta riconosciuto l'organo ci obbligò ad una nefrectomia che eseguimmo per via transperitoneale anteriore (3).

Nel caso presente noi credemmo di poter concludere che non si era di fronte alla stessa evenienza o ad un rene policistico, che è in genere bilaterale. L'esame di orina, che era stato completamente normale nel nostro piccolo paziente, in niente ci aiutava nella diagnosi differenziale, perchè tale lo era stato anche nell'altro caso. Il rene era stato là completamente distrutto e sostituito dal tumore che aveva invaso e repleto anche il bacinetto, onde non vi era secrezione urinosa a destra. Questa era stata completamente compensata dalla funzione vicariante del rene sinistro. Non credemmo tuttavia nel caso presente di poter attribuire al rene la massa che palpavamo, poichè ritenemmo del tutto obsoleta, per un tumore renale, la grande mobilità che avevamo constatato nel precedente caso, onde conservammo a questo fatto tutto il suo valore e basandoci su di esso, sulla forma e sulla consistenza del tumore in osservazione ci credemmo autorizzati ad escludere l'origine renale della massa.

***

Per via di esclusione noi eravamo così giunti a localizzare la neoformazione in esame nel mesentere. A noi parve però che la posizione ed i rapporti della neoformazione potessero essere ancora più precisati servendosi dei caratteri dei disturbi di canalizzazione dei quali il bambino aveva sofferto e che, pur essendo banali in sè stessi, erano, tuttavia, poco comuni per il loro decorso. In essi infatti, colpivano, da un lato, la poca gravità clinica e, dall'altro, il frequente ripetersi dei fenomeni e la loro facile e costante risoluzione. In quanto la massa era molto mobile era semplice immaginare che potesse produrre dei fenomeni di occlusione, ma in quanto essa non era molto voluminosa non si poteva altrettanto facilmente comprendere che essa determinasse i fenomeni occlusivi per semplice compressione. Fummo perciò indotti a pensare che la massa, pur essendo esterna al lume ileale ed a sede mesenteriale, o avesse contratto intimi rapporti con la parete dell'intestino od avesse addirittura origine intramurale ed accrescimento intramesenteriale. In tale evenienza riusciva ammissibile che o la mobilità della massa rispetto all'intestino o la mobilità peristaltica di questo rispetto alla massa riflettendosi sul punto fisso potessero, sotto l'azione di differenti cause, determinare degl'inginocchiamenti e, quindi, gli episodi occlusivi. D'altra parte le crisi occlusive per inginocchiamento dell'intestino non spiegavano solo il disturbo di canalizzazione, ma anche la relativa facilità con la quale, fino ad ora, quello si era potuto risolvere. A noi non fu dato accertare se il primo episodio era seguito a l'uso di un purgante ed alla conseguente esagerazione della peristalsi intestinale, ma, in compenso, i genitori non esitavano ad affermare che tali crisi erano sempre seguite all'uso degli antielmintici, tanto che essi dichiaravano che non avrebbero più somministrato di tali rimedi al bambino.

Condizioni anatomiche simili a quelle da noi supposte come probabili per spiegare le crisi del paziente possono essere realizzate da neformazioni mesenteriali di diversa natura ed origine.

La negatività assoluta dei dati anamnestici ed i caratteri del tumore ci permisero di non tenere in considerazione la lue e la tubercolosi, mentre la regolarità di forma del tumore ci fece escludere i comuni sarcomi. Molte delle ipotesi e delle supposizioni e le conseguenti argomentazioni che abbiamo dovuto fare sarebbero state superflue se avessimo potuto percepire fluttuazione sul tumore in esame. *Ab initio* si sarebbe imposta la diagnosi generica di ciste, che ora dobbiamo ammettere per via di esclusione. Tuttavia restava ancora dubbia

(3) A distanza di otto mesi da l'operazione il piccolo gode ancora ottima salute.

la natura della neoformazione anche così circoscritta nella diagnosi di sede e di forma anatomica. Un recente studio statistico di Rankin e Mayor su l'abbondante materiale della Mayo Clinic di Rochester ha riconfermato e dimostrato, ancora, che i tumori cistici del mesentere, aventi o no rapporto con la parete inte

la possibilità di cisti dermoidi e nefrogeniche. La diagnosi di natura di fronte ad una cisti o ad un tumore di aspetto cistico del mesentere è, quindi, del tutto aleatoria tanto più che tali neoformazioni non rappresentano, neppure

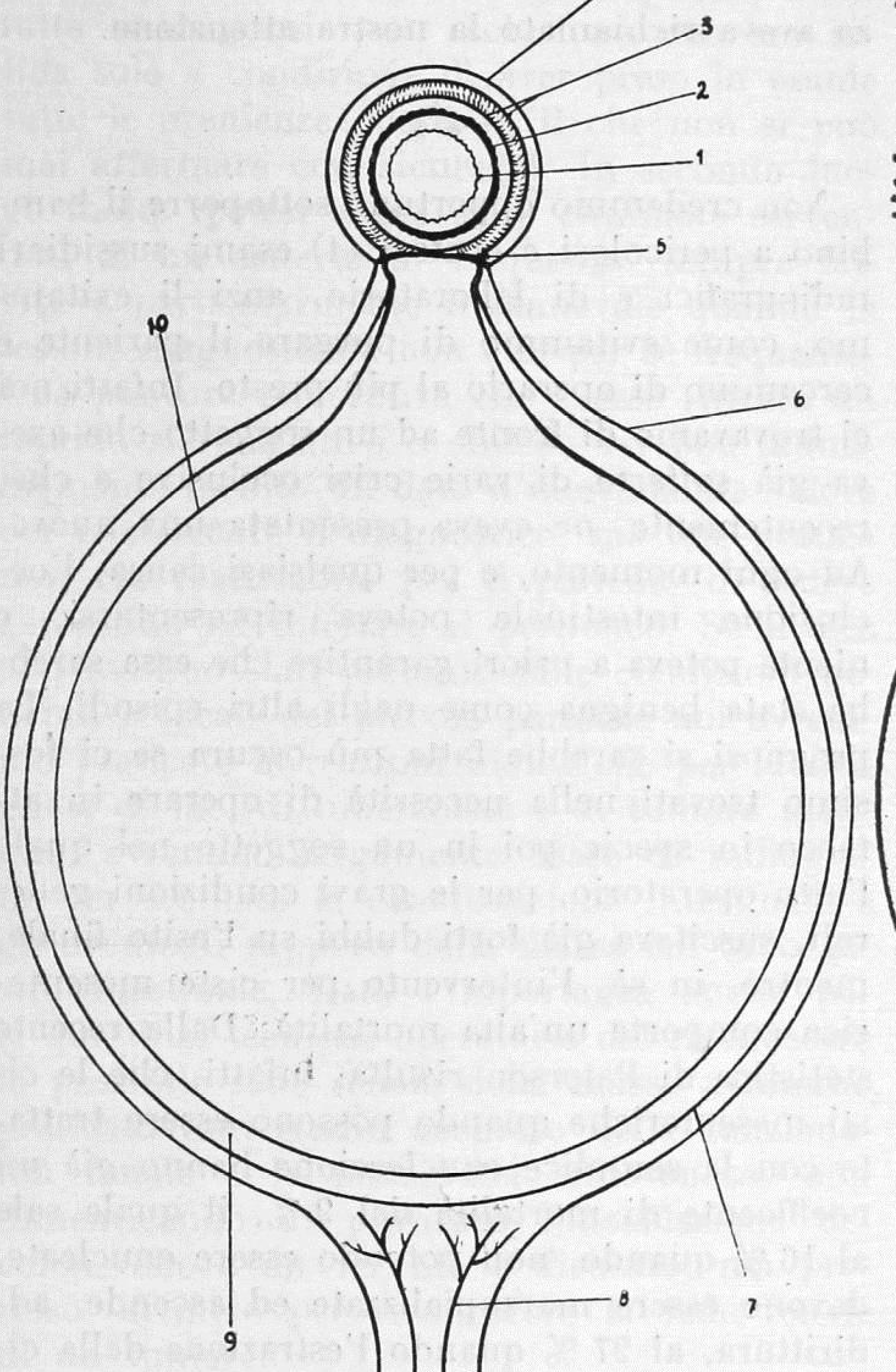


FIG. 1.

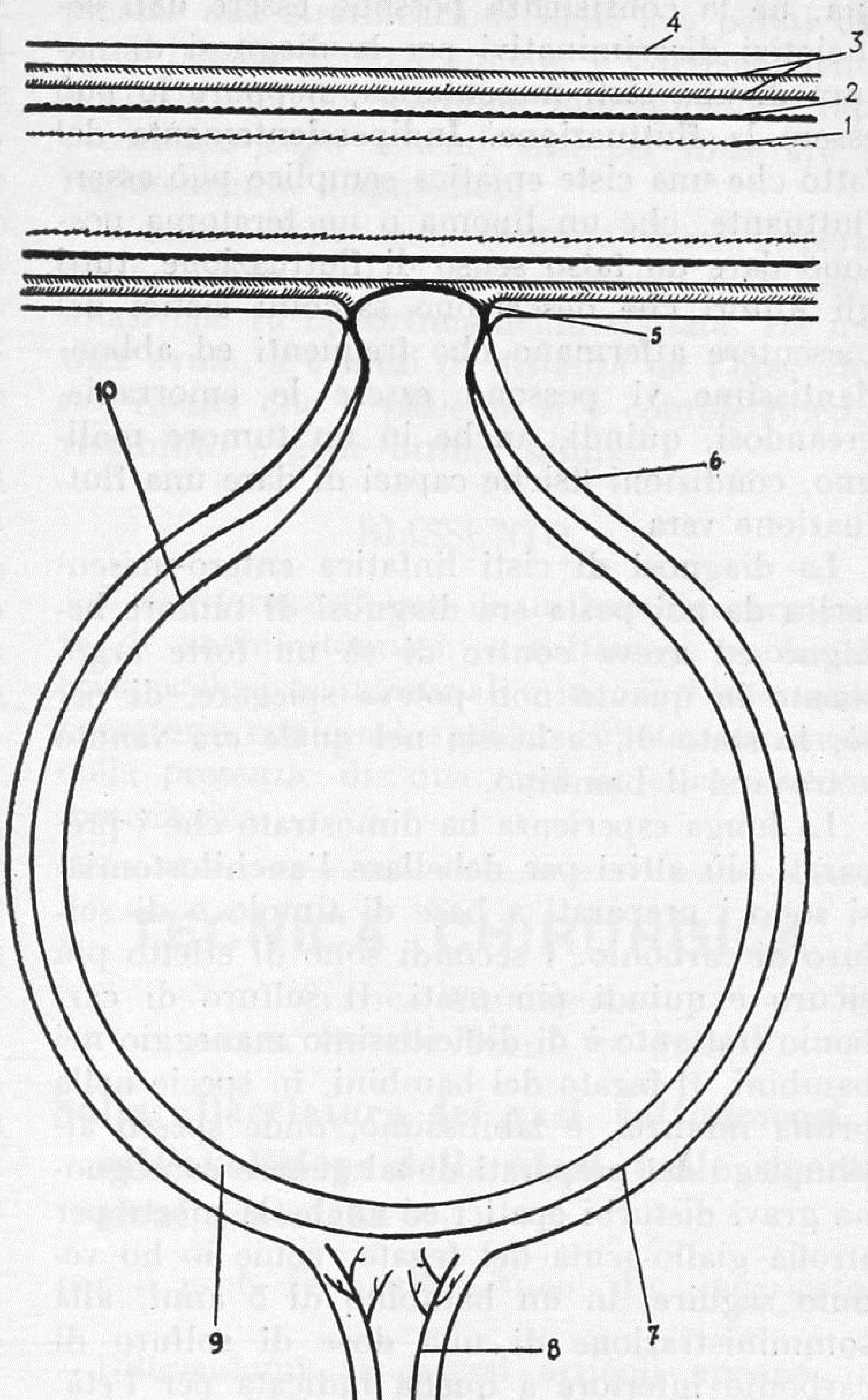


FIG. 2.

1. Mucosa dell'ileo. - 2. Sottomucosa. - 3. Tonache muscolari. - 4. Peritoneo viscerale. - 5. Riflessione della tonaca muscolare e del peritoneo sull'origine della ciste. 6. Foglietto mesenteriale. 7. Tonaca fibrosa della ciste. - 8. Vasi mesenteriali giacenti fra 6 e 7. - 9. Spessore della capsula fibrosa della ciste. - 10. Strato endoteliale di rivestimento interno della ciste.

stinale, sono lungi dall'avere sempre la stessa natura e su 22 casi, 8 volte, nel loro materiale, si trattava di tumori cistici di natura sarcomatosa, in due casi di cisti ematiche, in 7 casi di tumori cistici benigni di varia natura (lipomi, fibromi, fibro-mixomi), mentre già dagli studi di Steiner e Hertau, che ne hanno potuti raccogliere 24 casi, sono conosciuti i miomi esterni dell'ileo, e, per quelli già vecchi di Lexer, i recenti di Paterson, di Charrier e Traissac, di Baloge e Cerqua ed altri, è nota

prese nel loro complesso, un'evenienza molto frequente, esistendone, secondo Paterson, solo circa 600, di varia natura, registrate nella letteratura, per modo che anche il criterio di probabilità è un argomento assai fallace. Frattanto le neoformazioni cistiche da più tempo conosciute e descritte, le più frequenti e le più studiate, anche recentemente da Harbitz, Finucci, Santi, Rankin e Mayor, Calzolari, sono quelle linfatiche e di linfangiomi cistici ed è per questo criterio statistico che abbiamo po-

sto la diagnosi di *cisti linfatica entero-mesenterica ad origine intramurale e sviluppo intramesenteriale*, raffigurandoci la lesione anatomica secondo gli schemi uno e due. Si noti che se nè la mobilità, nè la regolarità di forma, nè la consistenza possono essere dati semeiotici discriminativi per la diagnosi di natura di una cisti mesenterica, neppure lo può essere la fluttuazione. Indipendentemente del fatto che una ciste ematica semplice può essere fluttuante, che un lipoma o un teratoma possono dare un falso senso di fluttuazione, tutti gli Autori che descrivono sarcomi cistici del mesentere affermano che frequenti ed abbondantissime vi possono essere le emorragie, creandosi, quindi, anche in un tumore maligno, condizioni fisiche capaci di dare una fluttuazione vera.

La diagnosi di cisti linfatica entero-mesenterica da noi posta era diagnosi di tumore benigno ed aveva contro di sè un forte argomento in quanto non poteva spiegare, di per sè, lo stato di cachessia nel quale era venuto a trovarsi il bambino.

La lunga esperienza ha dimostrato che i preparati più attivi per debellare l'anchilostomiasi sono i preparati a base di timolo o di solfuro di carbonio. I secondi sono di effetto più sicuro e quindi più usati. Il solfuro di carbonio frattanto è di difficilissimo maneggio nei bambini. Il fegato dei bambini, in specie nella prima infanzia, è labilissimo, onde spesso all'impiego dei preparati di tal genere conseguono gravi disturbi epatici ed anche la morte per atrofia giallo-acuta del fegato, come io ho veduto seguire, in un bambino di 5 anni, alla somministrazione di una dose di solfuro di carbonio inferiore a quella indicata per l'età. È questa, qui, dove spesso s'incontrano anchilostomiasici, una nozione banale. In genere si preferisce nei bambini di ricorrere o a preparati di altro genere o a dosi assai inferiori a quelle indicate per le rispettive età. Questo fa sì che i preparati o le dosi usate riescano, spesso, totalmente o parzialmente, inefficaci. Con questa conoscenza si poteva spiegare perchè gli esami delle feci fossero sempre restati positivi fino a quando furono praticati, ossia fino a due mesi avanti che noi visitassimo il bambino e come i medici, che lo visitarono nei due mesi precedenti alla nostra visita, continuassero a considerarlo un anchilostomiasico. Anche noi pensammo che il piccolo si fosse bensì liberato dell'ascaridiosi, ma fosse tuttora un anchilostomiasico e giudicammo che questo fatto, unito alle crisi occlusive ed all'iponutrizione e alla tossicosi conseguenti, fosse sufficiente a spiegare lo stato cachettico del piccolo paziente. In tal modo per il concorrente di un'altra causa la cachessia si era fatta più grave di quella che di per sè avrebbe potuto dare l'anchilostoma, mentre, per non essere dovuta alla sola verminosi, mancava il particolare colorito e la succulenza della pelle, che sono caratteri essenziali della cachessia anchilostomiasica, tanto che la loro assenza aveva richiamato la nostra attenzione.

***

Non credemmo opportuno sottoporre il bambino a pericolosi e costosi (4) esami sussidiari radiografici e di laboratorio, anzi li evitammo, come evitammo di purgare il paziente e cercammo di operarlo al più presto. Infatti noi ci trovavamo di fronte ad un soggetto che aveva già sofferto di varie crisi occlusive e che, recentemente, ne aveva presentata una nuova. Ad ogni momento, e per qualsiasi causa, l'occlusione intestinale poteva ripresentarsi, e niente poteva a priori garantire che essa sarebbe stata benigna come negli altri episodi. La prognosi si sarebbe fatta più oscura se ci fossimo trovati nella necessità di operare in attacco in specie poi in un soggetto nel quale l'atto operatorio, per le gravi condizioni generali, suscitava già forti dubbi su l'esito finale, mentre, in sè, l'intervento per ciste mesenterica comporta un'alta mortalità. Dalla recente statistica di Paterson risulta, infatti, che le cisti mesenteriche quando possono essere trattate con la semplice enucleazione hanno già un coefficente di mortalità del 9 %, il quale sale al 16 % quando, non potendo essere enucleate, devono essere marsupializzate ed ascende, addirittura, al 27 % quando l'estrazione della cisti richiede la resezione intestinale, come era da supporre sarebbe stato nel nostro caso. D'altronde dal punto di vista strettamente chirurgico la diagnosi di natura del tumore era del tutto secondaria, mentre era capitale il giudizio sul *quid agendum* e sulle sue possibilità. In questo senso non vi poteva essere dubbio. Riconosciuti i disturbi intestinali come occlusivi e notata la presenza di un tumore addominale al quale relazionarli, poichè questo ave-

(4) L'Ospedale Umberto I di São Paulo, che provvede all'ospitalizzazione ed alla cura gratuita di circa 2500 malati l'anno, senza distinzione di nazionalità, non ha altri sostegni finanziari che le donazioni dei Conti Matarazzo e la munificenza della Colonia Italiana di São Paulo. Per quanto nessuna restrizione sia imposta alle necessità tecniche della parte amministrativa, tuttavia il Corpo Medico ha il dovere di evitare le spese superflue, anche se piccole, dato che le risorse economiche dell'Ospedale sono limitate.

va tutti i caratteri semeiotici di operabilità sarebbe stato colpevole porre a rischio la vita del paziente, attardandosi alla ricerca di un diagnostico più esatto.

Il nostro diagnostico comportava, infatti, molti elementi d'incertezza. In primo luogo esso era una diagnosi posta per esclusione, piuttosto che su dati diretti, e, quindi, come tutte le diagnosi per esclusione essa era solida solo a condizione di aver preso in esame tutte le evenienze possibili, il che non si può mai affermare con sicurezza. In secondo luogo molte ipotesi erano state eliminate servendosi di un criterio di frequenza, sempre fallace e particolarmente ingannevole quando la lesione diagnosticata non è di per sè frequente. Una puntura esplorativa che avesse ritirato un liquido sierolinfatico o chiloso avrebbe indubbiamente fornito un dato d'inestimabile valore per confermare il diagnostico, ma tale pratica non era realizzabile per il pericolo di ledere l'intestino ed infettare il peritoneo. Se invece non fossimo stati premuti dalle condizioni generali e locali del piccolo paziente noi avremmo praticate le reazioni biologiche per la diagnosi di lue, di tubercolosi e di tumore maligno, avremmo largamente usato di radiografie per studiare la canalizzazione intestinale e gli eventuali rapporti della massa col tubo gastro-intestinale. Data l'importanza anche per le questioni tecniche operatorie del riconoscere la possibile sede renale della massa avremmo praticato uno studio accurato della funzionalità renale e la pielografia endovenosa, non dimenticando di praticare l'insufflazione del colon, che è un vecchio e disusato, ma prezioso, artificio per riconoscere la sede renale di un tumore.

**

Il soggetto fu operato per via pararettale destra superiore ed inferiore con un taglio della lunghezza di 10 centimetri. Aperto il peritoneo fu subito incontrato ed esteriorizzato il tumore, che era realmente a sede intramesenteriale e di natura cistica. Fu impossibile dissecare il tumore dall'inserzione mesenteriale del tenue, che fu dovuto resecare per la lunghezza di 20 cm. mentre fu assai facile isolare la ciste dai foglietti e dai vasi mesenteriali, talchè fu potuta estrarre intera e senza aprirla. Anastomosi ileale termino-terminale, ricostruzione del mesentere e chiusura a tre strati, senza dreno, della cavità addominale.

Il tumore estratto aveva il diametro di 9 cm. contenuto siero-linfatico che tendeva fortemente la capsula, la quale per un tratto di 2 cm. faceva corpo con la parete ileale, senza tuttavia affacciarsi al lume intestinale.

L'esame istologico, praticato sulla parete libera della cisti e là dove contraeva rapporto con la parete ileale, confermò il diagnostico e dimostrò una stratificazione delle sue pareti del tutto banale istologicamente e corrispondente a quella che noi avevamo immaginato e rappresentato negli schemi fatti per illustrare il ragionamento diagnostico.

L'esame delle feci, eseguito dopo l'operazione, confermò la persistenza dell'anchilostomiasi che fu opportunamente trattata. Da notizie avute, a 6 mesi di distanza da l'operazione, risulta che il paziente si è completamente ristabilito e gode ottima salute.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce il caso di un bambino portatore di anchilostomiasi, e sofferente anche di crisi occlusive intestinali, in cui l'intervento operatorio confermò appieno l'ipotesi ammessa della presenza di una cisti linfatica, entero-mesenterica.

# TECNICA CHIRURGICA

CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.

## Sulla allacciatura dei vasi sottomucosi e sull'abolizione della stasi nelle operazioni gastriche

per il prof. FRANCESCO NIOSI, dir. incaricato.

Riferendomi ai diversi articoli apparsi in questo periodico nell'anno in corso (Cavina, Chiasserini, Dalla Rosa, Luccarelli, Baggio) sull'emostasi dei vasi che decorrono nella sottomucosa sulla linea della sezione gastrica devo dire che io, senza conoscere l'articolo di v. Haberer, ho cominciato a praticarla dal principio del 1930. Aggiungo che dalla stessa epoca ho abolito la stasi gastrica e digiunale. Incisa la sierosa e la muscolare, scoperti i vasi della sottomucosa prendo questi da un lato e dell'altro dell'incisione con pinze di Kocher; poi, tagliata la sottomucosa e la mucosa, completo l'emostasi pinzettando qualche altro vasellino (di solito situato ai due estremi dell'incisione) non identificato prima: ciò è possibile perchè opero senza la stasi gastrica.

Soddisfatto dei buoni risultati ottenuti volevo render noto il piccolo particolare di tecnica quando venni a conoscenza dell'articolo dello Haberer e perciò vi rinunziai. Volli allo-

ra provare la legatura per trasfissione come fa v. Haberer ma poichè la trasfissione provoca un gemizio molesto per quanto minimo abbandonai la legatura per trasfissione e ritornai alla tecnica di prima nè più nè meno di come è accaduto al Baggio.

Nella gastrodigiunostomia, poichè ho abolito la stasi digiunale, ho l'abitudine dopo l'apertura della cavità intestinale di legare le arteriole che più sanguinano. Quel che il Chiasserini dice che sarebbe opportuno in qualche caso di fare (allacciare i vasi della sezione digiunale) io faccio dunque sistematicamente da alcuni anni.

Il vantaggio dell'allacciatura dei vasi sottomucosi della sezione gastrica e della digiunale non è soltanto quello di non esporre il malato al grave pericolo di una emorragia ma ve ne è un altro che è quello di potere con sicurezza in una emorragia gastrica che si presenti dopo una gastrodigiunostomia per ulcera in atto attribuire l'emorragia all'ulcera e non alla stomia praticata. In altre parole nei casi ad esito letale nei quali non è possibile la necroscopia la responsabilità del chirurgo è fuori causa.

Per emorragia dopo gastrodigiunostomia per ulcera in atto io ho perduto tre pazienti. Il primo operato in privato nel 1923 (non facevo ancora l'emostasi dei vasi sottomucosi) fino al sesto giorno ebbe decorso normale: al sesto giorno gastrorragia copiosissima e morte in poche ore. La fulmineità del decesso e il lungo tempo decorso dall'operazione facevano escludere una emorragia dall'anastomosi. Il secondo, un giovane di Sarzana, operato in privato nel 1931 (allacciatura dei vasi sottomucosi), cominciò fin dalla sera dell'operazione a vomitar sangue e morì alla 48ª ora. Il medico curante che assistette all'operazione e a cui dimostrai il particolare di tecnica in questione potè testimoniare alla famiglia che io avevo preso tutte le precauzioni per evitare un'emorragia e che perciò la morte doveva dipendere dal sanguinare dell'ulcera. Il terzo caso operato nel febbraio di quest'anno nella Clinica Chirurgica (allacciatura dei vasi sottomucosi) cominciò a presentare la sera del secondo giorno fatti di collasso; il giorno successivo ematemesi imponenti; al quarto giorno exitus malgrado la trasfusione sanguigna praticata. Senza la minima ansietà andai all'autopsia la quale (prof. Cesaris-Demel) non dimostrò alcuna emorragia dalla stomia ma l'erosione di una arteriola che si trovava nel fondo dell'ulcera: l'ulcera in passato non aveva mai sanguinato come non aveva sanguinato mai l'ulcera del giovane di Sarzana. Dico qui in parentesi che nei casi riferiti l'ulcera (duodenale in tutti e tre) non era resecabile.

In contrapposto a questi tre casi di emorragia post-operatoria da ulcera ad esito letale, altre emorragie non letali ho osservato nell'epoca in cui non facevo l'emostasi dei vasi sottomucosi, in gastroenterostomizzati per ulcera. Sono sei casi solamente, pochissimi invero di fronte alle centinaia di gastrodigiunostomie praticate ma meritevoli non pertanto della massima attenzione. In quattro si trattò di emorragie che, pure avendo destato qualche preoccupazione, cessarono più o meno presto colle consuete cure emostatiche ma in due l'emorragia fu così profusa da mettere seriamente in pericolo la vita dei pazienti. Non si può con certezza assoluta dire essendo tutti casi passati a guarigione se l'emorragia dipendesse dall'ulcera o dai vasi della sezione gastrica e digiunale ma poichè in uno dei due casi gravissimi si trattava non di ulcera in atto ma di una stenosi cicatriziale antica è da ritenere che in questo caso almeno l'emorragia provenisse dall'anastomosi.

Ma un caso di morte indubbiamente per emorragia imputabile all'operazione ho avuto a lamentare verso la fine del 1929 dopo resezione duodenogastrica alla Polya per ulcera duodenale, l'unico caso di morte per emorragia su un totale di circa 110 resezioni da me praticate per ulcera o per cancro (secondo Billroth II la maggior parte, secondo Polya e sue modificazioni la minor parte). Fu dopo questo insuccesso che cominciai a fare la legatura dei vasi sottomucosi e ad abolire la stasi gastrica e digiunale.

L'abolizione della stasi gastrica se è pratica utilissima per l'allacciatura dei vasi non identificati nella sottomucosa prima dell'apertura della cavità gastrica e digiunale, rende inestimabili servigi nella gastrodigiunostomia quando lo stomaco piccolo situato in alto non scende nonchè nelle estese resezioni gastriche in cui di stomaco non rimane che una piccola porzione. In tale caso non è cosa agevole applicare il gastrostato sulla piccola plica di stomaco che esce a mala pena a traverso la finestra del mesocolon trasverso e l'anastomosi colla gastrostasi non si può correttamente eseguire.

Gli inconvenienti che possono derivare dall'abolizione della stasi gastrica sono più teorici che reali. È noto che nell'ulcera sia gastrica che duodenale il contenuto dello stomaco non è settico. Quando infatti si opera per perforazione libera di ulcera gastrica o duodenale datante da poche ore nessun malato muore di peritonite tanto meno morrà di perito-

nile un ulceroso non perforato che si opera senza la stasi gastrica proteggendo con compresse la cavità peritoneale.

Ma anche nelle operazioni per cancro ritengo che l'abolizione della stasi gastrica non porti inconvenienti. Se si ha l'avvertenza di vuotare e lavare accuratamente lo stomaco prima dell'operazione con acqua sterilizzata addizionata a qualche goccia di tintura di jodio come è detto nella Pratica Chirurgica di Pauchet o con una soluzione allungatissima di acido cloridrico (0,25 %) come hanno consigliato Kelling, Tatebayahsi e recentemente Friedrich (*Zentr. f. Chir.*, 1933, n. 14), se si fa uso dell'aspiratore, se la cavità peritoneale è accuratamente protetta mediante compresse, se fatta la sutura mucosa vengono cambiati i guanti l'abolizione della stasi gastrica e digiunale non è causa di inconvenienti. È mia convinzione che la quasi totalità delle peritoniti che seguono alle operazioni sullo stomaco dipendono da cedimento delle suture anzichè da inquinamento per l'apertura della cavità gastrica o digiunale se, beninteso, vengono prese le cennate precauzioni.

Dell'abolizione della stasi gastrica sia nelle operazioni per ulcera sia in quelle per cancro si è mostrato recentemente convinto fautore il Madlener (*Zentr. f. Chir.*, 1933, n. 1). Non ho fatto ricerche bibliografiche ma ritengo che molti altri opereranno alla stessa maniera. Non ho voluto quindi con questa nota fare questione di priorità nè per ciò che si riferisce all'allacciatura dei vasi sottomucosi nè per ciò che riguarda l'abolizione della stasi gastrica e digiunale. Ho voluto solo richiamare anch'io l'attenzione su due particolari di tecnica della chirurgia gastrica che ritengo molto utili.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce che nelle operazioni sullo stomaco (resezione, gastrodigiunostomia) fin dal 1930 allaccia i vasi sottomucosi della sezione gastrica e digiunale e che fa a meno della stasi gastrica e digiunale anche nei casi di cancro.

---

## A proposito della nota del prof. G. Cavina: "Per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica postoperatoria,,

Il Cavina, nella nota sopra citata (*Policlinico*, Sez. prat., N. 14) descrive la tecnica preconizzata da v. Haberer fin dal 1923 per ottenere una sicura emostasi nel taglio della parete gastrica, sia nella gastrodigiunostomia, sia nella resezione, e se ne fa paladino, lamentando che non sia stata — presso di noi — richiamata in modo sufficiente l'attenzione su questa modalità di tecnica.

Senonchè, interloquendo sull'argomento, Chiasserini ci informa (*Policlinico*, Sez. prat., N. 18) che egli ha adottato sistematicamente questa tecnica dal 1928 e su di essa ha riferito in una relazione clinico-statistica nel 1931 e poi in una comunicazione del dicembre 1932 all'Accademia Lancisiana di Roma.

Dalla Rosa a sua volta (*Policlinico*, Sez. prat. N. 29) dice di aver provato il procedimento, ma di averlo poi abbandonato, perchè lo ha meglio soddisfatto l'allacciatura di tutti i grossi vasi visibili sotto la sierosa, nel perimetro della zona dove sarebbe successivamente caduto il neostoma o la resezione. Questo procedimento, saggiato prima nel cane da Trogu per consiglio di Dalla Rosa, fu poi da quest'ultimo e da Trogu stesso applicato all'uomo, con risultati tali, per sicurezza e speditezza di esecuzione, da farlo senz'altro preferire, secondo Dalla Rosa, al metodo cosidetto di v. Haberer. Conferma alla bontà di tale procedimento è portata anche dal Luccarelli, che vi si attiene da molti anni con vantaggio (*Policlinico*, Sez. prat., n. 32).

A smentire che presso di noi non si sia richiamata adeguatamente l'attenzione sull'utilità dell'allacciatura diretta dei vasi della parete gastrica, oltre al Chiasserini, prende la parola Baggio (*Policlinico*, Sez. prat., n. 33), che nel Trattato di Chirurgia della Scuola Romana (1933) ha illustrato una tecnica di emostasi della parete gastrica, analoga a quella di v. Haberer, e che egli ora ci dice di aver usato anche in epoca antecedente alla pubblicazione di v. Haberer. In quel tempo egli eseguiva l'allacciatura « proprio allo stesso modo di v. Haberer, cioè trafiggendo con punti la sottomucosa al disotto dei vasi », ma in seguito trovò « più pratico sostituire ai punti le Kocher e le allacciature consecutive ».

Poichè il prof. Baggio dichiara di non aver richiamato l'opera sua per la valutazione che potrebbe derivarle dall'articolo di Cavina, ma semplicemente per fare della storia — che non gli sembra superflua « dal momento che Cavina pone le sue considerazioni in rapporto con ciò che si fa *presso di noi* » — sia consentito anche a me di aggiungere un breve paragrafo alla storia di questo argomento.

L'allacciaura diretta dei vasi nelle operazioni sullo stomaco, *presso di noi*, risale molto addietro. In una serie di esperienze di medicina operativa sullo stomaco del cane — iniziate nel 1879 — Tansini si valeva, per la riunione delle ferite gastriche e del duodeno, della sola e semplice sutura Lembert a punti staccati sieromuscolare, allacciando nella linea di sezione i vasi sanguinanti. Alcuni anni dopo egli ebbe più volte occasione di applicare tale

semplice sutura sull'uomo, tanto sull'intestino quanto sullo stomaco: ed essa presupponeva necessariamente l'emostasi diretta dei visceri incisi (*Gazzetta degli Ospedali*, Milano, 1883). Idem, 1884, *Gazzetta medica italiana*, Lombardia, 1887, *Gazz. med. lombarda*, Milano, 1888). Quando Tansini incominciò a praticare, per le ben note varie indicazioni, la G. E. con o senza resezione gastrica, si attenne però, per un certo periodo di tempo, alla tecnica, generalmente adottata e consacrata in Monografie e Trattati, delle suture multiple a più piani: così egli continuò fino al 1923, ma *assai prima di questa epoca* egli aveva creduto di sopprimere l'uso degli enterostati « sia per non maltrattare menomamente la parete gastrica ed intestinale, *come per provvedere con maggior sicurezza all'emostasi, legando a cielo aperto i vasi sanguigni della mucosa e della sottomucosa* ». E in una pubblicazione dal titolo « Per una semplificazione della tecnica della gastroenterostomia e della resezione gastrica » (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, Milano, 1928, n. 12) egli, dopo di avere, in modo succinto ma assai chiaro, descritte le ragioni del procedimento e la tecnica relativa, faceva seguire un elenco di 98 casi operati con la sutura ad unico strato: e il primo di tali casi risale appunto al 7 marzo 1923. Ma già molti anni prima, avendo, come ho detto, abolito l'uso degli enterostati, egli praticava l'emostasi diretta, ed io la vidi applicare da Lui *in modo sistematico* fin dal 1918, quando entrai nella Clinica da lui diretta, ma l'uso ne era certo antecedente.

La nota del Tansini, per quella strana sorte che tocca non di rado alle cose nostre, passò quasi inavvertita, certo non trovò, palesemente, seguaci. Nel XXXVI Congresso della Società italiana di chirurgia (Genova, 23-26 ottobre 1929. VII) io tornavo sull'argomento con una comunicazione dal titolo « Tecnica e risultati della G. E. e della R. G. col processo di Tansini », e pubblicavo altresì una memoria collo stesso titolo negli *Annali italiani di chirurgia*, 1930, fasc. I.

Se alla nota del Tansini potevasi muovere l'appunto di essere fin troppo succinta, alla mia memoria poteva all'opposto toccare quello d'essere troppo minuziosamente diffusa per un argomento rivolto a dei chirurghi.

... 2°) « *Emostasi diretta.* È una conseguenza « necessaria della abolizione degli enterostati. « Si eseguisce preferibilmente con pinze del « Kocher. Incisa la tonaca siero-muscolare, al« cune pinze vengono applicate, da un lato e « dall'altro della futura incisione della mu« cosa, sui vasi decorrenti nella sottomucosa, « già prima di inciderli, e ciò riesce bene spe« cialmente sullo stomaco; incisa poi la mu« cosa tra le due serie di pinze, si afferrano « gli altri vasi sanguinanti. Si deve evitare di « afferrare nelle pinze anche la sierosa.

« Il numero di queste allacciature varia « molto da caso a caso, in rapporto con la dif« ferente vascolarizzazione dei visceri nei di« versi soggetti, con la pressione sanguigna, « con condizioni contingenti, quali la mag« giore o la minore costrizione dei visceri stes« si tra le pezze di protezione, ciò che provoca « sempre un certo grado di stasi. Inutile dire « che questo tempo dell'operazione va esple« tato con molta scrupolosità, per non esporsi « ad accidenti consecutivi ».

Mi par dunque evidente che anche presso di noi, e da tempo, era stata richiamata l'attenzione sui vantaggi dell'emostasi diretta negli interventi sullo stomaco (Tansini, Gioja, Chiasserini, Baggio) — emostasi che Tansini praticava in modo sistematico assai prima che v. Haberer pubblicasse la sua tecnica.

Aggiungerò, per incidenza, che in quanto riguarda la mia personale se pur modesta esperienza, io continuo a praticare con mia soddisfazione la G. E. col processo di Tansini, cioè senza enterostati, con emostasi diretta e con strato unico di sutura continua siero-muscolare in seta sottile. Nella resezione gastrica invece aggiungo, per lo più, alla legatura diretta dei vasi principali lungo la linea di sezione, anche una sutura profonda di catgut, con la modalità insegnata da Schmieden o con quella più recente, di Donati.

EDOARDO GIOJA - Pavia.

---

# RIVISTE

## Sulle acque radioattivate artificialmente.

Prof. Vincenzo Luccarelli.

Affatto di recente i giornali americani si sono ancora interessati di un caso di morte per ingestione di acqua radioattiva. Esso risale, invero, a due anni sono, ma in questi ultimi tempi si sono avuti gli strascici giudiziari.

Si tratta di questo: Nel 1932 è morto, negli Stati Uniti d'America, il noto sportsman M. E. M. Byers ed il suo decesso fù attribuito all'uso giornaliero che esso faceva, da due anni, di un *acqua di radio* venduta come *acqua di ringiovanimento.*

Questo caso non è certamente il solo verificatosi e merita alcune considerazioni esplicative al duplice scopo di porre in avviso il pubblico sanitario e scindere perfettamente quella che è oggi indiscussa conquista scientifica dalle deformazioni speculative.

Non occorre risalire alla fortunata scoperta delle radioattività delle acque idro-termali ed alla consecutiva, brillantissima scoperta del radium da parte di Mad. Curie. Occorre, invece, precisare taluni elementi essenziali per spiegarsi i casi deleteri sopra accennati. È ciò specialmente oggi che in Italia per opera di eminenti personalità scientifiche lo studio della radioattività e delle sue applicazioni terapeutiche va estendendosi e non ha, perciò, bisogno di trovare nel pubblico concetti preformati da erronee interpretazioni. La microradioterapia o, meglio, la emanoterapia, per quanto già da tempo in istudio, ha appena trovata la sua messa a punto generica ed attende soltanto che la serena disamina ne completi la preziosa efficacia in ogni particolare.

Il radio, che sin ora è il prototipo dei corpi radioattivi ed ha azione profondamente disgregante e distruttiva, possiede il carattere distintivo di emettere spontaneamente e costantemente dell'energia sotto forma di radiazione. Esso impiega circa 1700 anni per distruggersi solamente di metà. È semplice, perciò, immaginare che una benchè minima particella di questo corpo quando sia comunque introdotta nell'organismo dovrà quivi fissarsi e costituire un focolaio permanente d'irritazione avente tutti i requisiti e le caratteristiche proprietà disintegratrice del radio. Si avrà, cioè, uno stato di irritazione che, naturalmente, sarà proporzionale alla minima presenza di radio, ma, a lungo andare, si tradurrà, anatomicamente, nella distruzione dei centri ematopoietici e clinicamente nella formazione dell'anemia perniciosa, indipendentemente dalle altre classiche lesioni ossee. Ed il noto sportsman, di cui sopra, sarebbe morto precisamente per anemia perniciosa.

È bensì vero che qualcuno ha preteso sostenere che il radio solubile è eliminato con le feci e con le orine, ma è ormai certo che non tutto viene eliminato e che ciò che rimane si comporta nè più nè meno di un sale insolubile il quale rimarrà per un tempo indeterminato nel punto ove è divenuto insolubile (S. Laborde). E poichè è nel midollo osseo e nello scheletro che si fissa la maggior parte del radio ingerito od iniettato, si spiega benissimo l'azione distruttiva di questo sui globuli rossi.

Un'altra distinzione essenziale che pure bisogna fare è la grandissima e sostanziale differenza che passa tra un'acqua contenente dei sali di radio in soluzione ed un'acqua radioattivata; quest'ultima, infatti, non contiene nè il radio nè un suo sale ma soltanto la emanazione di questo. Emanazione che viene distinta col nome di *radon*, ed è costituita unicamente da gas.

L'atomo del radio prima di esaurirsi passa successivamente attraverso differenti stadi di trasformazione; uno di questi è precisamente lo stadio di radon o emanazione del radio. Ed il radon (emanazione) è un gas che si distingue nettamente dal suo generatore (radio) per la vita incomparabilmente più corta, in quanto si desintegra di metà in quattro giorni ed in capo ad un mese la sua attività è completamente abolita.

È precisamete questo gas che fù rinvenuto nelle acque minerali e che più tardi dimostrò come le virtù terapeutiche di molte acque idrotermali fossero dovute alla radioattività. Il successo che da numerosi secoli conservano queste acque dimostra inconfutabilmente come la radio-emanazione, cioè il gas radon, offra sicura garanzia di efficacità e di innocuità.

Logicamente ne consegue: che le acque minerali dotate da naturale radioattività perdono la loro efficacia dopo circa un mese che sono state prelevate dalla sorgente; che le acque artificialmente radioattivate riescono efficaci e risultano innocue soltanto se sono radonizzate, cioè impregnate del gas radon e non hanno subito contatto diretto col radio o coi sali di esso.

Al fine di costituire sinteticamente delle acque radioattivate, cioè arricchite solamente di radon, da vario tempo sono stati ideati differenti apparecchi. Essi utilizzano, come sorgente generatrice di radon, una soluzione di radio da cui, però, l'emanazione non si sprigiona completamente ed in gran parte rimane aderente alle parti solide ed allo stesso sale se, per estrarla, non si sottopone il sale di radio ad alta temperatura e lo si dissolva interamente. Il che implica, necessariamente, l'impiego di apparecchi complicati, difficilmente trasportabili e soltanto utilizzabili per scopo collettivo: ospedali, cliniche, farmacie, laboratori, ecc.

Mancavano apparecchi che si prestassero per l'utilizzazione individuale, che fossero facilmente trasportabili, che fornissero radon a dose permanente e costante, che risultassero

perfettamente innocui e che, infine, non avessero prezzi proibitivi.

Con questa prospettiva all'estero furono costruiti diversi modelli di apparecchi; i quali sono essenzialmente costituiti da una porzione porosa, nella quale è incluso un sale di radio insolubile, rivestita di vetro od altro, ed immersa nel liquido da radioattivare. In tale modo il sale di radio viene tenuto in uno stato di idratazione che gli consente di cedere la propria emanazione.

Qui occorre rilevare, però, che la insolubilità dei sali di radio non è praticamente assoluta e che tale insolubilità relativa viene accresciuta dagli elementi diversi che si trovano nelle acque. Inoltre, la porosità della materia che racchiude il sale di radio non tarda ad essere annullata dai sedimenti che contengono anche le acque più pure. Questi apparecchi, perciò, o raggiungono un risultato terapeutico nullo per occlusione dei pori della sostanza di rivestimento e consecutivo impedimento all'uscita del radon o diventano dannosi per la sicura possibilità che particelle di sale di radio vengano ingerite e producano nell'organismo quello stato di irritazione prolungata che, come vedemmo, può riuscire mortale.

Ciò vale a spiegare esattamente il caso dello sportsman Byers. Se quanto hanno riferito i giornali americani, ed anche Riviste mediche di quegli Stati, è esatto, la morte per anemia perniciosa è imputabile all'uso di apparecchi di emanazione; il cui sale di radio impiegato, per un minor grado di insolubilità, per la particolare composizione dell'acqua in cui veniva immerso o per il solo intento speculativo che guidava lo smercio di quell'*acqua di ringiovanimento*, e che ha fatto trascurare ogni garanzia per la salute pubblica, ha lasciato sfuggire tracce di radio.

Non all'emanoterapia quale mezzo di sicura e preziosa efficacia curativa è, quindi, da imputarsi l'insuccesso di questo ed altri casi del genere. Naturalmente è questa una evenienza che va tenuta presente, ben presente, quando si acquistono e si usano apparecchi di emanoterapia o si ricorre ad acque radioattivate. E bene ha fatto anche il nostro Stato a circondarsi di ogni garanzia sotto questo punto di vista. Giacchè sarebbe perfettamente ridicolo che per evitare degli accidenti dovuti all'ignoranza della fisica biologica od allo spirito bassamente commerciale di chi vuole deleteriamente *ringiovanire* l'umanità si impedisse l'uso dell'emanoterapia o, comunque, si gettasse nel pubblico il sospetto ed il discredito sui benefici effetti della radioattività.

La radioattività ha beneficiato per secoli numerose generazioni di uomini per mezzo delle acque termo-minerali. La scienza moderna è capace di riprodurre ed ampliare tale radioattività e deve, perciò, ampliamente e sicuramente disporne. « Gli effetti dell'emanoterapia, dicono Piery et Milhaud, non sono solamente di ordine funzionale, ma possono, in molti casi, elevarsi più in alto ed influire sulla causa stessa: sia nell'infezione iniziale, sia nella diatesi ».

L'assoluta necessità di eliminare ogni pericolo nell'uso delle acque radioattivate artificialmente era, come si è visto, un fattore indispensabile che ha affaticata la mente di più scienziati.

Il problema non era semplice. La insolubilità dei sali di radio è soltanto relativa ed abbiamo visto quali altre cause concorrono a rendere più precaria tale insolubilità. Bisognava poter trovare non solo un sale che fosse stabile e capace di produrre emanazioni costanti, pure ed illimitate nel tempo, ma che fosse, altresì, sottratto al contatto diretto ed indiretto del liquido fornendo soltanto la propria emanazione gassosa (o radon).

Tale problema, si deve pur dire, è stato ormai risolto ed il merito primo spetta precisamente all'eminente fisico-biologo prof. D'Arsonval che sin dal 1926 faceva iniziare tutti gli studi necessari, nel suo laboratorio al Collége de France, dal proprio preparatore dott. G. Vaugeois. Questi, infatti, riusciva a creare una *sorgente emanatrice solida capace di liberare la quasi totalità dell'emanazione prodotta* senza doverla trasformare precedentemente in soluzione. Risultato, questo, importantissimo ed anche eccezionale, quando si pensa che, oltre ai particolari requisiti propri di tale preparazione, gli altri sali di radio riescono a liberare una scarsa quantità dell'emanazione prodotta. Inoltre, il Vaugeois, ideava e perfezionava un apparecchio la cui caratteristica consiste precisamente in questo: che la materia radifera è piazzata in un involucro di quarzo e poscia racchiusa in un astuccio metallico dal quale l'emanazione (il radon) passa nel recipiente contenente il liquido da radioattivare, mentre il liquido non può assolutamente penetrare nell'astuccio. Il sale radifero essendo in tale modo sottratto al contatto del liquido, questo non potrà in nessunissimo caso presentare tracce di radio ma sarà solamente e sicuramente carico di puro radon.

La realizzazione di questa disposizione originale e semplicissima ha superata ogni difficoltà pratica e garantito da qualsiasi pericolo. Ha, inoltre, resa possibile l'applicazione dell'emanoterapia con mezzi e per vie sin qui sconosciute.

Così si è eliminata la difficoltà d'estrazione del radon che sin ora aveva costituito un forte ostacolo alla diffusione di questo mezzo terapeutico malgrado la sua riconosciuta efficacia. L'emanoterapia, cioè la terapia a mezzo delle emanazioni radioattive, entra così in una fase nuova che ne consente l'applicazione sotto un controllo molto sicuro e ne estende il campo di azione con tecnica prettamente scientifica.

La scoperta del fisico Vaugeois merita, pertanto, di essere conosciuta anche perchè a mezzo di una sorgente emanogena solida è ca-

pace di radioattivare non solo i liquidi ed i gas ma pure le sostanze solide ed assicura praticamente, e senza danno di sorta, la loro introduzione nell'organismo umano per le vie più diverse: ingestione, inalazione, polverizzazione, balneazione, irrigazioni interne, insufflazione intraorganica, iniezione ipodermica, penetrazione transcutanea, ecc.

Viadana (Mantova).


RIASSUNTO.

Riferendosi ad un caso di morte verificatosi in America per ingestione di acqua radioattivata, l'A. dimostra come questa evenienza si renda possibile quando si usino sali impuri e quando, comunque, i liquidi si fanno venire in diretto contatto con i sali di radio; giacchè la insolubilità di questi sali è relativa. Dimostra, inoltre, come la preparazione ideata dal Vaugeois elimini ogni pericolo e si presti a numerose applicazioni di emanoterapia in virtù dello speciale sale impiegato e per il fatto che liquidi e solidi si caricano di emanazione evitando ogni contatto con l'ambiente che contiene il sale di radio.


# SUNTI E RASSEGNE.

## MALATTIE INFETTIVE.

### La diagnosi differenziale della poliomielite acuta.

(B. Brahdy e M. Lenarsky. *Journal American Medic. Assoc.*, 28 aprile 1934).

Il decorso clinico della poliomielite acuta è stato diviso in tre stadi, dei quali il primo è il più interessante dal punto di vista della diagnosi differenziale. Esso è il periodo dell'invasione generale e dura da 12 a 48 ore. In questa fase la diagnosi di poliomielite è molto difficile se non impossibile. Il paziente può lamentare cefalea e malessere generale, può avere qualche disordine gastro-intestinale e febbre leggera. Ma nulla fa prevedere il seguito che avrà il corso del male.

Può accadere che la malattia si arresti a questa fase e passi quindi non diagnosticata, oppure il processo continua e si localizza nel sistema nervoso centrale e si sviluppa il secondo stadio, preparalitico o d'irritazione meningea, senza interruzioni o con un intervallo di quasi benessere anche di parecchi giorni. Durante questa fase il soggetto presenta uno stato di apprensione, febbre più o meno alta, e lamenta cefalea e malessere generale. L'esame può far rilevare tremori atassici, rigidità della colonna vertebrale, resistenza alla flessione del capo, diminuzione o scomparsa dei riflessi superficiali, diminuzione o disuguaglianza dei riflessi profondi, disordini sensoriali. Questo periodo è caratterizzato dalla presenza di fatti che possono mettere sull'avviso, ma rimane sempre a precisare se si tratta proprio di poliomielite o di altre affezioni nelle quali il sistema nervoso centrale, è leso primitivamente o secondariamente.

Il terzo stadio è caratterizzato da sintomi che mettono chiaramente in evidenza il danno del sistema nervoso centrale. Può seguire dopo i primi segni dell'irritazione meningea o dopo un intervallo di parecchi giorni.

1) Il *primo stadio* della malattia simula generalmente un banale raffreddore o una comune affezione gastro-intestinale. E le cose possono arrestarsi a questo punto. È stato assodato che durante le epidemie di poliomielite la cifra dei casi abortivi, ossia terminati con il primo stadio, raggiunge la proporzione del 50-80 %. I disordini che si verificano durante questo periodo sono per ordine di frequenza: febbre, malessere, cefalea, faringite, disturbi gastroenterici, sonnolenza (rara).

Data la banalità di questi disordini e la mancanza di ogni sintoma che deponga per l'esistenza di una lesione nervosa, in questa fase la diagnosi è presso che impossibile. Può essere sospettata solo quando tali fatti si verifichino durante un'epidemia di poliomielite, o durante la stagione nella quale la poliomielite è più frequente. Comunque una diagnosi di sicurezza non può essere fatta mai.

2) Durante il *secondo stadio,* preparalitico o d'irritazione meningea, si possono avere sintomi, che neppure sono caratteristici della poliomielite, potendosi incontrare in altre affezioni. Tali sono la febbre, la cefalea, lo stato di apprensione, la rigidità nucale e lombare, le modificazioni dei riflessi, l'iperestesia, i tremori. Questi sintomi possono trovarsi tutti o in parte all'inizio di molte altre malattie (meningiti, infezioni generali, tetano, ecc.) e non hanno quindi un significato diagnostico univoco. Tuttavia essi sono sufficienti per mettere sull'avviso.

L'anamnesi ed un esame fisico accurato sono di grande importanza. Una rigidità nucale accompagnata da otite media, pulmonite, faringite grave, tonsillite o diarrea persistente può rendere probabile la diagnosi di poliomielite.

La diagnosi delle varie forme di meningite può essere fatta mediante la puntura lombare. Nella seconda fase della poliomielite il liquido cefalo-rachidiano può presentare qualche modificazione, ma di solito è normale.

3) Nel *terzo stadio* la poliomielite presenta sintomi abbastanza tangibili per una diagnosi corretta. Tuttavia, appunto in relazione alla molteplicità dei sintomi l'affezione può essere confusa con altre malattie del sistema nervoso, ed anche con condizioni morbose dei muscoli, delle ossa e delle articolazioni.

Per quel che riguarda le altre malattie nervose con le quali i disordini motori e trofici della poliomielite possono avere rassomiglian-

ze sintomatologiche giova ricordare le neuriti, le emorragie cerebrali e midollari, la pseudoparalisi sifilitica, i tumori midollari, la siringomielia, ecc. Ma in tutte queste affezioni la presenza di altri segni, il decorso dell'affezione, i precedenti e l'età del soggetto (la poliomielite è rara negli anziani) danno criteri sufficienti per giungere ad una diagnosi giusta.

Le affezioni miopatiche, le lesioni ossee ed articolari possono dare impotenze motorie ed atrofie muscolari simulanti quelle della poliomielite, ma anche in questi casi l'esame accurato e l'anamnesi danno sempre elementi più che sufficienti per la diagnosi. DR.

## Le sequele della tifoide.

(A. DUFOURT. *Journ. de médecine de Lyon*, 5 febbraio 1934).

Nel 1928, vi fu a Lione un'epidemia idrica, che colpì 3000 persone circa, con prevalenza del sesso femminile. In 306 casi, si ebbero delle sequele, cioè nella proporzione del 10 %. Esse, in ordine di frequenza furono: epato-biliari (72 casi); nervose (52); digestive (49); flebiti (28); tubercolosi polmonare (20); cardiache (20); disturbi dello sviluppo (12); anemie (9); osteiti (7); renali (8); bronchiti croniche (4); asma (4), ecc.; fra le rare sono da segnalare: diabete (1); osteomielite (1); morbo di Basedow (2); arterite (2). In molti, si ebbero decalcificazioni dentarie fino al punto da rendere necessarie estese applicazioni di protesi in 6.

1) *Sequele epato-biliari*. Il numero di individui che si lagnano di disturbi del funzionamento epatico è notevolissimo, ma si tratta generalmente di cose leggere. In 72, tali disturbi erano assai marcati.

Quasi tutti avevano intolleranze alimentari per i grassi e le uova; la maggior parte non digeriva più le fritture, il cioccolato, altri le carni con salse o certi vegetali (acetosella, spinaci, cavoli, fagioli secchi, insalate). In diversi le frutta crude davano diarrea. Con le intolleranze multiple, alcuni subirono dimagrimenti notevoli (anche 20 kg.), anemia, debolezza. In altri, invece, si ebbe aumento forte di peso.

Frequentissima la cefalea, talvolta tanto forte da obbligare i pazienti (erano degli scolari) ad abbandonare la scuola. Soltanto in 2, ittero transitorio.

Quasi sempre, il fegato era di volume normale o lievemente ipertrofico, mai veramente grosso, col margine però spesso dolente. Quasi sempre, i pazienti si lamentavano di dolori spontanei alle false coste di destra od al cavo epigastrico. Tali dolori erano continui, o ad accessi, che qualche volta assumevano un carattere vescicolare.

I disturbi digestivi consistevano in: 1) stato nauseoso; 2) crisi di vomiti alimentari o biliosi; 3) diarrea; 4) costipazione (rara); 5) vere crisi digestive con vomiti e diarrea. In 12 casi, orticaria od eruzioni alimentari. Meno frequenti, le crisi vescicolari.

2) *Sequele nervose*. L'A. si riserva di trattarne più ampiamente e cita soltanto le più frequenti: disturbi psichici (deficit intellettuale, diminuzione della memoria), epilessia, corea, emiplegia, nevriti e nevralgie.

3) *Sequele digestive* (escluse quelle in cui il fegato ha una parte preponderante). Tra i 49 individui, si contano: ulcere gastriche (2), duodenale (1), disturbi intestinali diversi (24), fra cui parecchie coliti, perforazione intestinale (1), prolasso rettale (1).

I malati con disturbi funzionali si lamentavano essenzialmente di ipercloridria, digestioni difficili, pesantezza allo stomaco; tutti erano più o meno costipati, con lingua saburrale.

Le ulceri gastriche sono comparse durante la convalescenza, quella duodenale alla fine della tifoide; le sofferenze di tali malati continuano tuttora.

I disturbi intestinali possono schematicamente dividersi in: *a*) dolori addominali (in pochi individui), forse dovuti a vecchie aderenze. Anche il caso che ebbe perforazione intestinale (2 laparotomie e poi eventrazione, per cui subì un nuovo intervento) ha attualmente dei dolori, con disturbi del transito intestinale; *b*) costipazione, abbastanza frequente; individui magri, che si lamentano di anoressia, di coliche, di digestioni difficili; *c*) diarree (frequenti) croniche, che non sembrano legate ad insufficienza epatica; *d*) coliti e tiflocolecistiti.

4) *Flebiti ed arteriti*. Le flebiti hanno prevalentemente colpito la gamba sinistra ed in generale non hanno lasciato tracce; in un caso, si ebbero due embolismi polmonari, guariti. In alcuni, è residuato lieve edema, zona violacea al terzo inferiore, raffreddamento del piede o dolori durante il cammino. In due casi, arteriti agli arti inferiori, con dolori tali da non poter camminare, senza disturbi della sensibilità; in seguito, miglioramento.

5) *Sequele cardiache*. In 4 individui, di cui l'A. riporta la storia, si sono osservate lesioni di endocardite valvolare cronica, ma non si può escludere che esse non preesistessero alla tifoide, tanto più che in alcuni si aveva nell'anamnesi il reumatismo ed in altri le lesioni erano state rilevate in antecedenza.

Negli altri, si avevano disturbi cardiaci i quali, più che ad una miocardite cronica erano da attribuirsi a disturbi dell'innervazione cardiaca. Alcuni si lamentavano di riduzione di capacità del lavoro, altri di palpitazioni, di dispnea per lo sforzo od il cammino.

I segni cardiaci rilevati al riposo si limitano alla tachicardia (costante), che aumenta al minimo sforzo, alle extrasistoli, lieve aritmia, lieve soffio alla punta o accenno al rumore di galoppo. In alcuni rimangono lievi edemi ai malleoli o rantoli fini alle basi polmonari.

6) *Tubercolosi polmonare.* La tifoide non ha grande importanza nella reviviscenza delle lesioni di tubercolosi polmonare. In 3 dei casi dell'A., le lesioni erano antecedenti; soltanto in 5 si ebbero poi forme gravi, di tisi comune fibro-caseosa evolutiva. L'A., ad ogni modo, ha accettato la dipendenza dalla tifoide nei casi in cui la tubercolosi si è manifestata entro l'anno seguente; quasi tutti i malati erano rimasti depressi, senza ripresa di peso, con cattiva convalescenza.

7) *Disturbi vari.* In quasi tutti, si è avuta anemia, che per 9 è stata superiore alla media. In alcuni, uno stato di magrezza, che contrastava con la grassezza anteriore. Molti bambini sono rimasti mingherlini, senza svilupparsi in 4 anni (una bambina di 11 anni pesa soltanto 23 kg., un'altra, di 10 anni, quando si è malata pesava 22 kg. e ne pesa ora soltanto 22 e mezzo).

In tre ragazzine, si è sviluppata, durante la convalescenza una scoliosi; lo stesso in un giovane di 21 anni. In un caso, enuresi, in parecchi, uno stato di stanchezza e di esauribilità; di difficile controllo.

8) *Osteiti.* Due della tibia, due costo-sternali (in un caso è stata necessaria una resezione). uno della caviglia destra, seguita da osteite al mascellare sinistro; uno di ambe le ossa dell'avambraccio sinistro, ed un altro al tarso pure sinistro. Tutti sono guariti, ma hanno anche avuto deformità e cicatrici deturpanti.

9) *Sequele urinarie.* A parte due individui ipertesi, con aumento di urea nel sangue, sono da citarsi: una donna con nefrite albuminurica cronica, da imputarsi certamente alla tifoide; un ragazzo di 12 anni, con albuminuria del tipo funzionale, scoperta per caso, senza elementi infiammatori. In altri due (12 e 23 anni) albuminuria intermittente, iniziatasi nella convalescenza, del tipo ortostatico. Questi due ed il precedente, si lamentavano di cefalea, di dolori lombari nella stazione eretta e di stanchezza.

In altri 4, pielo-cistite, di cui uno da stafilococco, gli altri 3 da b. coli.

10) *Sequele diverse.* In 4, che già avevano avuto notevoli disturbi bronchiali durante la malattia, ne è residuata bronchite cronica; due di essi, sono dei bambini, che hanno abbondante espettorazione purulenta.

La tifoide ha esagerato un asma preesistente in una donna di 36 anni con fegato insufficiente e ne ha creato altri 3: l'uno in un bambino di 6 anni, pure insufficiente di fegato. l'altro in uno di 14 (accessi violenti, che durano 48 ore, bronchite nell'intervallo; guarigione radicale con l'autoemoterapia).

In due donne (30 e 45 anni) si è sviluppato un morbo di Basedow, che nella prima è tipico. In un giovanotto, si è manifestata, un mese dopo la guarigione una glicosuria con 25-70 grammi di glucosio; la diuresi oscilla sui 3 litri, la glicosuria si mantiene abbastanza bassa grazie all'insulina (40-80 unità).

Sono inoltre da citarsi: parecchi casi di otite cronica, una sindrome del Menière, un reumatismo cronico ed un caso di difficile interpetrazione con dolori ossei ed assoluta impotenza (osteomalacia?).

L'eccezionale gravità e diffusione dell'epidemia e delle circostanze speciali che hanno fatto rivedere i colpiti dopo la guarigione hanno così permesso di riconoscere quali conseguenze lontane possa avere la tifoide e la loro frequenza. *fil.*

# OTO-RINO-LARINGOLOGIA.

## Le otalgie.

(J. F. O'MALLEY. *Practitioner*, settembre 1934).

Il dolore nell'orecchio può essere associato a due gruppi di affezioni: dolore diretto o localizzato dovuto a malattie infiammatorie di una parte dell'apparato uditivo, e dolore indiretto o riferito dipendente da malattie del cranio, della faccia, del naso e della gola.

Questi due gruppi di dolore possono essere così classificati:

1) Dolore diretto o localizzato:

*A*) Orecchio esterno (padiglione e meato): erpete, eczema, eresipela, pericondrite, foruncolosi, accumulo di cerume, esostosi.

*B*) *Tromba di Eustachio.*

*C*) Orecchio medio: infiammazioni e suppurazioni acute e croniche, forme catarrali, otosclerosi.

*D*) Mastoide.

2) Dolore indiretto o riferito:

*A*) Denti ed alveoli dentari.

*B*) Seni vasali accessori (mascellare, sfenoidale, etmoidale): affezioni suppurative maligne.

*C*) Nasofaringe, faringe, laringe (tubercolosi, cancro), esofago (cancro).

*D*) Fauci: tonsilliti acute, croniche, calcolose, angina.

*E*) Lingua: ulcerazioni.

*F*) Artrite temporo-mascellare.

*G*) Neurite del grande nervo auricolare.

L'*herpes* esclusivo dell'orecchio esterno è raro, di solito è accompagnato da quello della faccia e della nuca. Il dolore lancinante o puntorio può precedere di qualche giorno la comparsa delle vescicole ed è di solito accompagnato da ipertermia e da sintomi generali febbrili. Può accompagnare un attacco di pulmonite. Il dolore è alleviato dall'applicazione di compresse fredde; ma quando le vescicole si rompono devono essere applicate polveri astringenti amidacee.

L'*eczema* nella forma acuta e nello stadio umido e vescicolare provoca una sensazione di bruciore. che è alleviata dall'applicazione di soluzione di protossido di zinco.

L'*eresipela* del padiglione di solito fa parte di un'infezione diffusa alla cute della mastoide e della faccia. Spesso la porta di entrata del germe è costituita da una piccola lesione ecze-

matosa del meato e l'infezione della cute della mastoide è accompagnata da un vivo dolore bruciante nell'orecchio. Al riguardo bisogna nella diagnosi tener presente la possibile confusione con la mastoidite. Il dolore dell'eresipela è alleviato dall'applicazione di acqua fredda.

La *pericondrite* del padiglione è relativamente rara. Di solito si verifica in seguito a grattamento. L'affezione può assumere tutti i caratteri della cellulite, con pericolo della distruzione della cartilagine con le conseguenti deformità. Il dolore è alleviato dalle applicazioni calde, ma se esiste edema conviene praticare parecchie incisioni per diminuire la tensione e prevenire anche l'eventuale distruzione cartilaginea. Si possono fare anche parecchie punture in varie parti della cute tesa previa applicazione di tintura di iodio o soluzione di acido picrico.

La *foruncolosi* è un'affezione molto comune del meato prendendo origine dai follicoli piliferi o dalle glandole del cerume. Può essere preceduta da un leggero eczema. Nella fase di sviluppo o presuppurativa il dolore è forte in relazione al restringimento del meato prodotto dall'edema infiammatorio, ma con la fuoriuscita del pus il dolore cessa. Giovano indifferentemente le applicazioni fredde e calde. Sono utili anche le applicazioni di soluzione glicerica di acido fenico al 5 % che oltre ad essere antisettico è analgesico. Se l'edema ed il dolore sono intensi conviene fare incisioni.

*I tappi di cerume* trattenuti a lungo nel meato possono provocare una dermatite, e l'essudato rigonfiando il cerume provoca un aumento di tensione causa di dolore. Il paziente accusa sordità, autofonia e dolore durante la masticazione. Prima di procedere all'estrazione del tappo con getto forte di acqua tiepida, giova rammollirlo con tamponcini caldi di glicerina e bicarbonato di sodio al cinque per cento o meglio di soluzione oleosa di acido fenico al 2 o 3 per cento.

L'*esostosi* del canale uditivo in genere non provoca dolore. Questo si ha quando lo sviluppo osseo è tale da occludere il meato in modo da produrre una dermatite o l'accumulo di cerume con la conseguente tensione.

*Le infiammazioni della tromba di Eustachio* precedono in genere quelle dell'orecchio medio. S'iniziano con un dolore alle tonsille che poi si localizza in corrispondenza del margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo e davanti al padiglione. Il dolore si allevia con inalazioni di tintura di benzoino o di mentolo.

Le *otiti medie acute* si iniziano con un dolore dovuto all'ingorgo della cavità timpanica. Successivamente l'accumulo di essudato provoca un aumento della tensione che determina un dolore traffigente, pulsatorio, le cui pulsazioni coincidono con quelle del polso. Le applicazioni di tamponcini imbevuti di soluzione glicerica di fenolo al 2 % di solito alleviano il dolore. Questo può scomparire con la perforazione spontanea della membrana del timpano, ma se ciò non si verifica ed il dolore persiste conviene procedere alla incisione della membrana stessa.

Nelle *otiti medie croniche purulente* il dolore è relativamente raro, specie se esiste perforazione della membrana timpanica sufficiente a lasciare passare il pus. Questa assenza di dolore è probabilmente la ragione per la quale i pazienti non fanno alcun conto della malattia e trascurano di curarsi.

Anche nelle riacutizzazioni il dolore raramente è intenso. Per lo più esso è localizzato al timpano ed anche alla mastoide.

Le *ulcerazioni delle ossa* possono essere accompagnate da dolori neuralgici localizzati all'orecchio con irradiazione al vertice, dolori che possono essere aggravati dalla presenza di periostiti reattive.

Nell'*otite catarrale* e nell'*otosclerosi* generalmente manca il dolore. Le sensazioni moleste sono costituite dai ronzii

Nell'*ostruzione nasale* si ha di solito un accumulo di muco che il soggetto cerca di eliminare tirando spesso l'aria dal naso. La frequente ripetizione di questo atto provoca eccessive ed improvvise aspirazioni di aria dalla cavità timpanica e la conseguente produzione di vuoto parziale. Ciò causa un dolore auricolare sia per la congestione prodotta dal vuoto nell'interno della cassa, sia per l'improvviso avvallamento della membrana timpanica prodotto dalla pressione atmosferica esterna. Il disturbo si elimina con lavande alcaline del naso ed inalazioni di mentolo.

La *mastoidite* è di solito secondaria ad una infezione della tromba, della cassa, dell'*aditus* e dell'*antrum*, è quindi di solito preceduta dai dolori che sogliono accompagnare le affezioni di dette parti dell'orecchio.

La diffusione del processo alla mastoide è annunziata dal dolore spontaneo e alla pressione della regione corrispondente.

Il dolore è alleviato dalle applicazioni calde o fredde, ma se il processo non regredisce conviene intervenire chirurgicamente.

Quando l'esame non mette in evidenza alcuna lesione dell'orecchio che spieghi l'otalgia, la causa di quest'ultima va ricercata in parti lontane.

La *carie dei denti*, specie dei molari superiori, può causare un dolore riflesso nell'orecchio dello stesso lato.

Anche le *alveoliti*, con o senza carie dentaria, possono causare otalgie.

Le *sinusiti* acute e croniche, mascellari o sfenoidali possono dare dolori auricolari riferiti, quantunque il dolore possa essere dato anche dalla diffusione dell'infezione all'area circostante le trombe.

La *sepsi ed il cancro dell'etmoide* possono ugualmente dare dolori di orecchio.

Le semplici infiammazioni, le ulcerazioni e le lesioni tubercolari e cancerose del *nasofarin-*

*ge*, della *laringe* e dell'*esofago* possono eccitare otalgie riflesse. E così anche le ulcerazioni o le infiammazioni acute del *palato*, della *lingua* e delle *tonsille*.

Nell'*artrite temporo-mandibolare* possono provocarsi dolori nel condotto uditivo specie nei momenti di apertura della bocca.

Nelle *neuriti del grande nervo auricolare* il dolore è diffuso all'occipite, alla nuca e all'orecchio. Si possono riscontrare punti dolenti alla pressione tra la mastoide e la colonna vertebrale, sulla bozza parietale, e tra lo sterno-cleido-mastoideo ed il trapezio. È questa una neurite che si determina con l'esposizione a correnti d'aria, in automobile o in prossimità di finestre aperte. Si cura con i salicilici ed eventualmente con i raggi ultravioletti.

Dr.

## Sinusite frontale cronica.

(M. L. Hu. *The Chinese Medic. Journ.*, maggio 1934).

La sinusite frontale cronica richiede un intervento chirurgico pel quale è necessario conoscere bene l'anatomia della regione e alcuni dettagli di tecnica operativa.

I seni frontali sono due spazi contenenti aria, situati al disopra del naso fra i tavolati dell'osso frontale. Il seno si estende dalla linea mediana fino alla bozza sopraorbitale e da qui seguendo una linea concava ritorna alla linea mediana. I due seni sono separati da un tetto osseo, e ogni seno ha tre pareti, una anteriore, una posteriore e una inferiore. Il seno si trova anche vicino al labirinto etmoidale. La maggiore sporgenza del margine orbitale superiore può, secondo alcuni, indicare un seno frontale più grande che normalmente. I cinesi hanno margine orbitale meno sporgente degli europei, ed anche il loro seno frontale è meno sviluppato.

Il setto osseo che divide i due seni frontali può essere deviato da un lato o può anche presentare una deiscenza che permette la comunicazione fra i due seni. A volte c'è un setto addizionale incompleto.

La via più sicura per raggiungere il seno quando è piccolo è dall'orbita verso l'angolo superiore interno proprio al disopra dell'osso lacrimale; un'altra via è quella posta alla radice dell'osso nasale.

La lamina cribriforme sta a contatto coll'angolo postero-interno del pavimento del seno, quindi grande attenzione si avrà nel raschiare quella zona.

La bolla frontale (che è una cellula etmoidale che si estende verso il seno frontale) può ostacolare qualche volta il drenaggio del seno frontale perchè è posta vicino alla sua apertura; la rottura di questa bolla permette un'ampia comunicazione fra seno e naso.

I sintomi della sinusite sono cefalea frontale, dolorabilità locale, secrezione nasale, congestione della mucosa nasale e disturbi dell'olfatto. Sintomo fondamentale della forma cronica è la cefalea frontale, mentre la dolorabilità locale si riduce fino quasi a scomparire. Se il seno non è bloccato, si ha secrezione purulenta dal naso visibile al meato medio. Spesso si associa degenerazione polipoide della mucosa e ostruzione da ipertrofia del turbinato medio o del setto. È frequente l'edema della palpebra superiore; mentre non sono frequenti la sonnolenza e la vertigine.

L'esame radiologico è utile specialmente per la localizzazione e l'estensione della suppurazione.

La cura si fa con incisione esterna e si dà la preferenza alla modificazione voluta dal Mosher all'operazione di Killian. L'insuccesso di questo intervento può dipendere da incompleta obliterazione delle celle profonde del seno o da osteomielite postoperativa.

L'operazione di Lynch dà un risultato cosmetico migliore.

Quando il seno è completamente obliterato la guarigione definitiva è più facile.

Gli insuccessi, con qualunque tipo di intervento, sono in media del 20 %.

R. Lusena.

## Gli ascessi perifaringei nell'infanzia.

(E. Santi. *Archivio di Chirurgia infantile*, maggio 1934).

L'ascesso perifangeo è una affezione assai frequente nella prima infanzia, specialmente intorno al settimo mese, epoca della eruzione dei primi denti e del cambiamento di alimentazione. Questi fatti sono capaci di modificare e virulentare la flora batterica del cavo orale e faringeo e di favorire l'entrata dei germi a traverso la mucosa.

Il sesso maschile è quello che è più facilmente soggetto a questa malattia. I germi che la producono sono i piogeni, con particolare frequenza, il diplococco e il diplostreptococco.

Sede di questi ascessi è lo spazio perifaringeo, ove esistono numerose linfoghiandole alle quali arrivano i vasi linfatici che originano nella bocca, tonsille, palato, naso, orecchio, faringe.

I germi che giungono alle linfoghiandole provocano una adenite che spesso conduce alla formazione di un ascesso, ma che può anche restare per qualche tempo stazionaria e poi regredire.

A seconda della sede si distinguono gli ascessi in superiori, medi e inferiori. Più frequenti sono quelli situati ad un livello medio e sviluppati lateralmente alle vertebre (laterofaringei).

Degni di menzione sono gli ascessi perifaringei che traggono origine da raccolte provenienti da processi acuti dell'orecchio, sia per infezione delle vie linfatiche, che per la continuità dei tessuti.

Data la tenera età dei pazienti l'inizio della malattia passa il più delle volte inosservato.

In genere viene notata una certa irrequietezza, disappetenza e modica febbre.

Uno dei primi sintomi è la comparsa di una adenite satellite in posizione latero-cervicale. Il dolore è certamente presente, ma poche volte rivelato.

Importanti per la diagnosi sono i sintomi obiettivi: il malato ha voce nasale o è fioco e perfino afono; il respiro è irregolare, rumoroso, russante, fino dal principio: in seguito si possono avere accessi di soffocamento con tiraggio, rientramento del giugulo e infossamento degli spazi intercostali inferiori. Sintomo importante è la disfagia.

L'esame diretto del faringe metterà in luce, nel caso di ascesso retrofaringeo, una tumefazione della parete posteriore, liscia, rotondeggiante, situata medialmente o un po' di lato, che ostruisce il faringe e spinge in avanti il velo del palato e l'ugola. Se l'ascesso ha sede laterale è all'inizio nascosta dalla tonsilla e dal pilastro posteriore e sporge verso la linea mediana solo quando ha raggiunto un notevole sviluppo.

La palpazione, da praticarsi molto delicatamente e rapidamente, è l'esame più importante. Questa vien praticata con un dito solo e con l'aiuto di un apribocca e di un abbassalingua e rende conto della precisa posizione dell'ascesso, del suo volume e del suo grado di maturazione.

Lo stato generale dei piccoli malati è grave: la febbre è a tipo suppurativo, ma non molto elevata; il polso debole e aritmico. Il volto è spesso pallido e cianotico.

La diagnosi esatta e precoce degli ascessi perifaringei è di capitale importanza per la vita del paziente.

Essi andranno differenziati dagli ascessi laringei, molto rari, che compaiono dopo e durante le comuni malattie infettive, sono sottomucosi o pericondrali e producono una sintomatologia oscura con alterazioni della voce e respiro.

Una sintomatologia simile a quella degli ascessi perifaringei è data dagli ascessi della loggia tiro-glosso-epiglottica: in questi casi l'esame diretto e digitale faranno escludere l'ascesso perifangeo, mentre l'esame laringoscopico, se possibile, indicherà la sede della affezione.

Facile è sempre la differenziazione con gli ascessi freddossifluenti da carie vertebrale da morbo di Pott.

La prognosi degli ascessi perifaringei dipende dalla diagnosi e dalla cura.

La raccolta abbandonata a sè può perforare la parete e il faringe e inondare le vie respiratorie; può discendere nel mediastino posteriore; può perforare un grosso bronco od ulcerare un vaso sanguigno; può per il suo stesso volume produrre stenosi respiratoria; può infine per azione riflessa sul bulbo causare gravi disturbi sulla innervazione del cuore.

Nel complesso la prognosi della malattia è piuttosto grave e frequenti i casi di morte.

All'inizio, quando l'adenite non ha dato luogo a suppurazione è di regola una attenta attesa durante la quale si faranno impacchi caldo-umidi e si aiuteranno le forze difensive dell'organismo. Ma non appena compaiono i sintomi della fluidificazione, si interverrà senza indugio.

Il metodo consigliato dall'A. è il seguente: il bambino vien posto supino sul tavolo operatorio con un piccolo cuscino sotto le spalle e la testa rovesciata fuori del letto; il chirurgo si mette davanti al bambino, le cui arcate dentarie vengono tenute divaricate per mezzo di un apribocca, introduce l'indice sinistro e cerca il punto di maggiore fluttuazione ove perfora l'ascesso per mezzo di una Kocher, di cui divarica le branche per allargare la breccia. Si deterge quindi il retrobocca e il naso dal pus che li ha invasi; rapidamente il bambino torna a respirare normalmente e la voce si fa chiara.

In genere è sufficiente una sola apertura, qualche volta però è necessario intervenire di nuovo.

Eccezionalmente è indicata la via esterna, nei casi di ascesso voluminoso, diffuso tra i muscoli; l'iniezione viene eseguita lungo il margine anteriore del muscolo sterno-cleidomastoideo.

Alla fine del suo lavoro l'A. riporta una statistica di ben 219 casi di ascesso perifaringeo.

VICENTINI.

# MISCELLANEA.

## Affezioni reumatiche e clima.

(M.-P. WEIL. *Revue de Médecine*, maggio 1934).

I dolori reumatici sono profondamente influenzati dalle perturbazioni atmosferiche. Questo fatto di nozione comune ha suscitato una gran quantità di indagini intese a precisarne la causa.

In genere la comparsa o le esacerbazioni delle manifestazioni reumatiche si hanno quando la pressione atmosferica si abbassa, la temperatura sale, l'umidità aumenta ed i venti diventano più violenti. Ma in effetti sembra che non siano queste le condizioni che influenzano le affezioni reumatiche. Le modificazioni barometriche, termometriche, igrometriche, ed anemometriche accompagnano perturbazioni elettriche che avrebbero l'influenza preponderante.

Fin dal secolo XVIII l'abate Nolet e del Saussure avevano constatato l'esistenza di un campo elettrico nell'atmosfera. Pech, un secolo più tardi, notò che l'aria alla superficie del mare ed in aperta campagna è fortemente elettrizzata positivamente, mentre che nelle grandi città è diselettrizzata a livello del suolo e a qualche metro d'altezza; lo stesso si ha nei luoghi chiusi e nei boschi folti di alberi d'alto fusto. Lo stato elettrico dell'aria varia anche con

la configurazione del luogo e la natura del suolo: il potenziale elettrico è alto nei terreni calcarei e argillosi, basso nei terreni ricchi di ferro.

Le perturbazioni metereologiche si iniziano sempre con un disturbo elettrico riguardante la concentrazione e la polarità degli ioni atmosferici.

Quando il barometro si abbassa e il termometro e l'igrometro si alzano, l'atmosfera si carica di elettricità negativa e viceversa. L'elettricità negativa ha la proprietà di calmare, ma ben presto deprime provocando un senso di stanchezza e di abbattimento; l'elettricità positiva invece stimola, tonifica, dà un senso di benessere.

Happel e Strassburger hanno dimostrato che la carica elettrica dell'aria esercita un'influenza importante sulle funzioni vegetative, sulla pressione sanguigna, sul metabolismo e sulla diuresi.

Secondo Gunnar Edström l'aumento degli ioni positivi dell'atmosfera aumenta la cronassia dei nervi motori e sensitivi e solleva la soglia delle irritabilità diminuendo così la sensibilità nervosa, mentre l'accumulo di ioni negativi abbassando la soglia dell'irritabilità dà un risultato contrario.

Poichè le modificazioni dello stato elettrico dell'aria precedono le perturbazioni atmosferiche si comprende come i reumatici diventino ipersensibili: sotto l'influenza dell'arricchimento dell'atmosfera in ioni negativi diventa percettibile la sensazione latente di dolore, che normalmente non giunge alla coscienza.

Ma non ogni perturbazione atmosferica si accompagna ad un accumulo di ioni negativi, anzi talvolta si ha un aumento della ionizzazione positiva: si spiega così come non tutte le variazioni meteorologiche siano generatrici di manifestazioni reumatiche.

D'altra parte l'uragano non sempre scoppia nella regione elettricamente turbata; talvolta esso si verifica solo ai suoi confini. Così i « profeti del tempo » possono percepire una perturbazione atmosferica che si manifesterà a distanza.

Ma quale che sia l'importanza di questi fenomeni elettrici, non si può misconoscere la complessità dei fattori che costituiscono il clima.

Nella definizione del clima intervengono: 1) l'umidità, che è in relazione alla frequenza e abbondanza delle pioggie e della capacità di assorbimento del terreno; 2) la temperatura dell'aria; 3) la velocità, la direzione, la forza, la temperatura e l'umidità dei venti; 4) la luminosità, 5) le condizioni di annuvolamento; 6) la pressione barometrica; 7) le irradiazioni luminose che variano secondo la stagione, la latitudine, l'altitudine, il grado di annuvolamento e di umidità dell'aria e la ricchezza in pulviscolo.

Le irradiazioni luminose e la loro influenza sui fenomeni biologici sono state oggetto di molti studi in questi ultimi anni. È stata ben dimostrata l'azione dei raggi ultravioletti sulla fissazione del calcio e come sedativa della eccitazione del vago. Ora il contenuto delle radiazioni varia con le altezze, i raggi ultravioletti aumentano in lunghezza d'onda e gli infrarossi in intensità relativa. Il sole in riva al mare contiene dall'1 al 2 % di RUV, dal 54 al 55 % di raggi visibili e dal 39 al 43 % di RIR, mentre la lampada di quarzo a vapori di mercurio emette il 30 % di RUV, il 53 % di raggi visibili e solo il 17 % di RIR. Il tenore della luce solare varia anche con le stagioni: in primavera si ha un aumento dell'intensità luminosa senza un corrispondente aumento di RUV; in estate l'intensità luminosa diminuisce leggermente ed i RUV aumentano per raggiungere il loro massimo in autunno; in inverno ed in primavera il sole presenta il massimo contenuto di RIR penetranti a onda corta.

Ma questi elementi meteorologici non sono i soli costituenti di un clima. Intervengono altre condizioni: elementi tellurici, presenza e natura di polveri, natura delle essenze e di altre sostanze emanate dalle piante, vibrazioni provenienti dal suolo, fattori geografici locali (foreste, laghi, fiumi, ecc.), elementi cosmici (macchie solari, fasi lunari, ecc.).

Pertanto la classificazione di climi di pianura e di montagna è insufficiente anche quando si tien conto delle varie altezze e della posizione interna o litoranea.

In genere il clima di alta montagna è stimolante, mentre quello di collina è sedativo; il clima terrestre è vivificante a causa dei venti secchi e della temperatura variabile, mentre quello marino è calmante a causa dei venti umidi e tiepidi, e della maggiore uniformità della temperatura.

Ma queste norme hanno un valore affatto relativo.

In effetti l'azione del clima di montagna non dipende solo dalla pressione barometrica, ma anche dal grado di freddo, dalla neve, dalla luminosità. Le condizioni eccitanti possono mancare a grandi altezze ed aversi ad altezze medie: un picco di 800 metri può essere eccitante, ed un pianoro a 2000 essere sedativo.

Per il reumatismo, come del resto per altre affezioni, l'indicazione del clima non è così semplice come si potrebbe pensare. Per ciascuna regione, per ciascuna località importa prendere in esame lo stato geologico del terreno, la presenza di sorgenti, di corsi d'acqua, di foreste, la luminosità, la temperatura, lo stato igrometrico e la purezza dell'aria, la situazione in confronto alle valli, l'orientamento di queste, l'esistenza di pianori, colline, montagne, la ricchezza minerale del suolo e sottosuolo, la direzione dei venti predominanti, lo stato elettrico dell'aria ecc., condizioni tutte

che modificano le qualità inerenti all'altezza ed alla latitudine.

L'individuo affetto da reumatismo ha bisogno di un clima secco, assolato, elettrizzato positivamente; egli deve fuggire l'umidità, la nebbia, il vento, le brusche variazioni delle condizioni esterne. La sommità delle colline, i pianori ventilati, le valli profonde, i terreni argillosi gli sono funesti.

DR.

## La trasfusione del sangue conservato per mezzo del siero I. H. T.

Pubblica uno studio clinico su questo argomento Ch. Vlados in collaborazione con Bondarenko, Lachowsky, Leontieff, Ramonowa, Tonslonkowa, Stepanow, Scher, Kanova e Schwedesky (*Le Sang*, n. 7, 1934).

I primi tentativi di trasfondere il sangue conservato furono fatti durante la guerra. L'A. potè trasfondere una volta del sangue citratato ma non glucosato conservato 8 giorni e Bielenki fece parecchie trasfusioni con sangue citratato e glucosato conservato anche 14 giorni.

Successivamente Balckowski e i suoi collaboratori proposero di conservare il sangue citratandolo e diluendolo al 3° con soluzione fisiologica isotonica (siero I. H. T., che è così composto: ClNa 7,0, citrato di Na 5,0, KCl 0,2, $MgSO^4$ 0,04, acqua bidistillata 1000/) e sperimentarono il metodo in 105 casi, con ottimi risultati. La conservazione del sangue durava fino a 6 giorni.

L'A. seguì questo metodo di conservazione del sangue e osservò che l'emolisi comincia in 3ª-4ª giornata; in qualche caso notò anche fenomeni di shock. Nel ricevente si ha oltre l'emolisi, qualche volta subittero, aumento della bilirubinemia, aumento della resistenza globulare e aumento del potassio ed urobilinuria. La concentrazione delle emazie e dell'emoglobina può non modificarsi o subire un modico aumento.

La concentrazione delle proteine del siero pare diminuire leggermente. Il metodo è buono specialmente nei malati chirurgici, che hanno conservato intatto il loro sistema emopoietico.

La maggior parte del sangue conservato e trasfuso è accolta nell'organismo del ricevente come un trapianto.

Grandi quantità di soluzione fisiologica iniettate nelle vene hanno dato le stesse modificazioni del sangue citratato e diluito. La cosa più notevole è che così si ottenne anche un idremia che dura parecchi giorni.

Quindi la soluzione fisiologica non è veramente fisiologica.

Per questo Vlados e collaboratori usarono il siero I. H. T.

Essi fecero 190 trasfusioni di sangue conservato. La durata massima di conservazione è stata di 22 giorni (il sangue è conservato a temperatura + 4° + 6°).

Il sangue conservato si divide, durante i primi due giorni, in due strati: l'inferiore costituito da elementi morfologici e il superiore da plasma e siero conservatore. In questo processo influiscono la temperatura, l'asepsi, il riempimento dell'apparecchio, la resistenza degli eritrociti, la loro concentrazione, ecc. Lo strato superiore dev'essere completamente limpido. una colorazione rosea indica che è cominciata l'emolisi, che può essere precocissima.

Se c'è inquinamento si vedono galleggiare delle pellicole.

Il prelevamento e la conservazione del sangue si devono fare solo se si è sicuri di poter lavorare asetticamente e di poter fare i controlli batteriologici.

Nel sangue conservato la concentrazione dell'emoglobina e delle emazie e dei leucociti tende a diminuire (diminuzione del 6 % di emoglobina nei primi 10-12 giorni, diminuzione delle emazie di 200-600.000, diminuzione dei leucociti da 3000 a 200). Il valore globulare non si modifica, la viscosità diminuisce, diminuisce anche il diametro delle emazie. All'ultramicroscopio si osserva coagulazione lieve del plasma cellulare.

La soluzione fisiologica produce più lentamente alterazione del sangue conservato, però alla lunga la sua azione distruttiva è più considerevole di quella del siero I. H. T.

Il sangue citratato è il meno stabile e in esso i più resistenti sono i leucociti.

Nel sangue del ricevente il sangue conservato con siero I. H. T. produce aumento della conservazione dell'emoglobina e delle emazie e dei leucociti. La formula non si modifica, e poco si modificano i reticulociti e il valore globulare.

Aumenta la concentrazione delle globuline, mentre diminuisce la viscosità. La resistenza globulare non si modifica.

Le emazie trasfuse si trovavano ancora dopo 5 settimane (fu usato il metodo di Aschby).

Più dura la conservazione del sangue minori sono i pericoli di reazione da trasfusione.

Indicazione particolare della trasfusione di sangue conservato (oltre le indicazioni solite per tutte le trasfusioni) è quella dei casi in cui è bene evitare un'emolisi (ittero emolitico, alcune intossicazioni). Utilissima è la trasfusione con sangue conservato nelle anemie postemorragiche.

Il metodo delle trasfusioni di sangue conservato si è tanto esteso che già si sono fatte più di 500 trasfusioni.

La trasfusione con questo metodo permette di evitare di avere sotto mani sempre pronto il donatore.

Vlados e collaboratori ritorneranno sull'argomento dopo averlo studiato più a fondo.

R. LUSENA.

# DIVAGAZIONI

## La respirazione dell'uomo nella stratosfera.

Le lontane aspirazioni della navigazione aerea tendono al volo nella stratosfera (1), la zona delle calme dove si potrebbero raggiungere le più alte velocità, non disturbati da venti, risucchi od altro. La competizione per raggiungere quote sempre più alte non costituisce un puro interesse sportivo, ma potrà portarci un giorno ad applicazioni pratiche. Per ora, la massima altezza raggiunta dagli aeroplani è di 14.433 m., a cui l'ala italiana di Renato Donati è arrivata nello scorso aprile. Un ulteriore innalzamento è forse ottenibile con progressi tecnici, ma la pratica navigabilità dipende essenzialmente dalla possibilità di resistere a tali altezze. Il problema è stato considerato da un nostro fisiologo, A. Herlitzka (*Accademia medica*, Genova, luglio 1934) per definire i probabili limiti della resistenza umana.

La composizione dell'aria è praticamente costante fino a 12.000 m., ma il fattore più importante è la diminuzione di pressione, per cui il mc. d'aria pesa, a 10.000 m., il quarto di quanto pesa in terra e, quindi, anche la quantità (in peso) di ossigeno sarà ridotta ad un quarto. Diminuisce anche la pressione parziale dell'ossigeno nell'aria ambiente ed in quella alveolare, in modo tale che a 10.000 m., senza un supplemento di ossigeno, non sarebbe possibile la vita.

La scarsa resistenza dell'uomo alle forti depressioni dipende dal gran bisogno di ossigeno del suo cervello, che cessa subito di funzionare quando vi è una certa deficienza di tale gas.

Un fatto importante osservato dal Talenti è che, in queste circostanze, la ventilazione polmonare diminuisce anzichè aumentare per l'enorme abbassamento dell'eccitabilità dei centri respiratori. Con la respirazione di ossigeno puro, non si esaurirebbe pertanto il problema della respirazione ad alta quota. Ritornano qui in onore le vedute di Mosso sul mal di montagna, che egli attribuiva, come è noto, alla deficienza di anidride carbonica, contrapponendo così all'anossiemia, l'acapnia. Ne viene l'utilità di usare, nella respirazione ad alte quote, una miscela di ossigeno con anidride carbonica (7/1000).

Tale miscela è stata appunto usata da Donati nello stabilire il suo *record* di altezza a 14.333 m., cioè in condizioni tali che la pressione parziale dell'ossigeno è di mm. 18,5, molto inferiore a quella in cui si è avuta la morte negli aeronauti dello Zenith e negli alpinisti dell'Everest. Il vantaggio del Donati è stato quello di compiere soltanto un minimo lavoro muscolare e di non permanere che per breve tempo all'altissima quota.

Resta ora a vedere se vi sono probabilità che una tale altezza venga superata. È certo che, per esempio, a 16.000 m. non si potrà mai volare se non si mettono piloti ed equipaggio al riparo dalla depressione. Ma anche la quota raggiunta dal Donati difficilmente si potrà superare e, comunque, anche alla stessa altezza non si potrà permanere che per un tempo assai breve, tenuto conto della piccolissima quantità di ossigeno che ad essa si trova a disposizione dei tessuti (il sangue arterioso, in tali condizioni, contiene appena il 40-45 % della sua capacità, cioè da 3 a 9 volumi di ossigeno invece di 19,5).

Sopra 12.000-13.000 m. si potrà navigare per lunghi percorsi senza inconvenienti purchè l'apparecchio respiratorio sia messo al riparo dall'aria ambiente e si respiri la miscela di ossigeno e di anidride carbonica. Siamo ad ogni modo, almeno per le nostre regioni, al disopra della troposfera e, quindi, in una regione di calma. Per più alte regioni e, quindi, nelle zone equatoriali occorre la cabina stagna o, quanto meno, una specie di scafandro che può essere rigido, in cui domini una pressione interna superiore a quella esterna. I futuri sviluppi di questa aviazione debbono tener conto dei dettami della fisiologia, ma sono essenzialmente legati ai progressi della tecnica.

*fil.*

(1) I meteorologi considerano l'atmosfera divisa in una zona inferiore o troposfera, separata per mezzo della tropopausa, della stratosfera. Il limite delle due zone non è orizzontale, ma è massimo all'equatore (18.000 m.) e minimo ai poli (7000 d'estate e 3000 d'inverno); nelle nostre latitudini è di 10.000-12.000. Caratteristica fra le due zone, è la differenza della temperatura che, nella troposfera diminuisce con l'altezza, mentre nella stratosfera rimane costante fino a 40.000 m.

# CENNI BIBLIOGRAFICI

R. Tigerstedt. *Trattato di Fisiologia sull'uomo.* (2ª ediz. italiana a cura di G. Quagliariello). Due volumi di complessive pagg. 1176 e 265 fig. Unione Tip. Ed. Torinese, Torino, 1934. L. 150.

Questa nuova edizione del trattato del grande fisiologo di Helsingfors, più che una seconda edizione può considerarsi veramente un'opera *ex novo* inquanto tutto il trattato ha subìto un completo rifacimento per opera dell'illustre prof. Quagliariello, dell'Ateneo Napoletano.

Moltissimi capitoli infatti sono del tutto nuovi come quello degli enzimi e dei processi ossidativi, quello dei processi chimici della digestione; delle vitamine e delle sostanze nutritive inorganiche; della costituzione chimica del sangue e dell'urina; del metabolismo intermedio, ecc., mentre altri, come ad es. quello sul sistema nervoso autonomo, sono stati aggiornati in base alle moderne acquisizioni.

Al fine di dare poi maggiore organicità all'opera il prof. Quagliariello ha creduto anche opportuno disporre differentemente i vari ca-

pitoli: la trattazione della fisiologia cellulare infatti è stata fatta precedere dalla costituzione chimica degli organismi e così pure allo studio del ricambio materiale è stato premesso quello sulla digestione e sul ricambio intermedio.

Naturalmente in tanto lavoro di coordinazione ed aggiornamento, l'opera è venuta a risentire profondamente della nota sapienza e dell'alta cultura del prof. Quagliariello e ciò, senza dubbio, accrescerà il favore di questo classico libro presso gli studiosi. *a. p.*

L. LANGERON, M. PAGET, J. LEDIEU. *Glandes endocrines. Métabolisme de l'eau et diurèse. Les oedèmes endocriniennes.* Vol. di pagg. 278. G. Doin, Paris, 1934. Fr. 40.

In una prima parte vengono esposti i dati clinici sui rapporti tra sistema endocrino e ricambio idrico. Sono riportati numerosi casi di sindromi tiroidee e di malattie diverse con squilibri idrici trattate con terapia tiroidea, in parte di osservazione originale. Viene discussa la questione della nefrosi lipoidea, dell'eclampsia, degli edemi angioneurotici. In una seconda parte di ordine sperimentale vengono esposte dapprima in una rivista sintetica le nozioni possedute sull'argomento, e infine le ricerche originali degli AA. Queste riguardano lo studio dell'escrezione idrica, del rapporto plasma-globuli, della cloremia e della proteinemia eseguito in un gruppo di soggetti quasi normali sottoposti a terapia ormonica.

Il libro può riuscire utile per i numerosi dati e il buon aggiornamento della parte clinica: questa presenta anche qualche pregevole spunto originale.

Piuttosto mediocre, per quanto assai estesa, è invece la parte sperimentale.

Il libro è arricchito di un indice bibliografico abbastanza ampio. PUDDU.

DELILLE, DIEUDONNÉ, FIESSINGER ecc. *Questions cliniques d'actualité.* 4ª Serie. Vol. di pagg. 280. Masson & C.ie edit. Paris, 1934. Frs. 45.

Raccolta delle lezioni e conferenze tenute nel 1933 alla Charité da clinici e patologi sotto la direzione del Prof. Sergent. Continua la tradizione iniziata nel 1929 e felicemente seguita nelle serie successive. L'attuale comprende argomenti del più vivo interesse: Lian parla della pressione arteriosa media; Mignot della granulomatosi maligna con sindrome mediastinale; Mauquin della periarterite nodosa; Pignot della terapia col batteriofago; Troisier della spirochetosi meningea; Launay delle purpure infettive acute, primitive. Vi sono riportate inoltre lezioni tenute da Armand Delille, dal Fiessinger, Iselin, Paulian. Anche il Sergent contribuisce con una lezione sulla moderna clinica del nervo frenico.

Ciascuna lezione rappresenta una efficace « messa a punto » di argomenti sorti, chiariti, completati dalla evoluzione rapida della scienza medica di questi ultimi anni.

Alla nuova raccolta arriderà lo stesso successo che ha coronato le precedenti: basti osservare che la 1ª serie è già esaurita.

MONTELEONE.

M. L. PATRIZI. *Nell'estetica e nella scienza.* (*Saggi della terza Serie*). Editore Zanichelli, Bologna, Prezzo L. 25,00.

L'indirizzo originale nell'intuizione e nel metodo che l'illustre fisiologo di Bologna ha impresso allo studio delle sensazioni estetiche ed alla personalità dell'artista si rivela in modo ancor più geniale in questa terza serie di saggi.

La pittura, l'oratoria, la musica, erano stati magistralmente trattati in precedenti volumi; ora è la volta della poesia e della architettura. Sono questi i saggi più importanti, o per lo meno più interessanti, della serie presente.

Lo studio psico-fisiologico della personalità di G. Leopardi ci presenta in modo chiaro e convincente le ragioni biologiche che determinarono le particolari manifestazioni liriche del grande poeta del dolore.

Ancora più esauriente è la trattazione dei fatti fisiologici che provocano le emozioni estetiche alla vista di un'opera architettonica e di quelle che sono alla base della creazione architettonica.

Gli altri saggi minori contenuti in questo volume si leggono con altrettanto diletto e profitto. Il Patrizi, che ha saputo con tanto acume applicare la scienza all'arte, è egli stesso un artista. Ha uno stile che dà agilità e leggerezza ad ogni argomento. DR.

B. DE RUDDER. *Die akuten Zivilisationsseuchen.* Editore, G. Thieme, Lipsia. Prezzo MK. 16.

Vi sono infezioni acute che sono rimaste l'appannaggio di popoli a scarsa o nulla civiltà: il colera, la peste, il tifo esantematico, la lebbra, la dissenteria, ecc.

I popoli a civiltà superiore si sono liberati di queste malattie, ma, malgrado tutte le provvidenze igieniche, rimangono tuttora infestati da altre infezioni acute: morbillo, vaiuolo, pertosse, scarlattina, difterite, paralisi infantile.

Di queste affezioni l'A. tratta ampiamente l'epidemiologia e la profilassi. DR.

*Wiener Archiv f. innere Medizin*, vol. 25, n. 2. Urban e Schwarzenberg, Wien, agosto 1934. Prezzo RM. 14,80.

Questo fascicolo della nota Rivista comprende circa 160 pagine e qualche figura. Contiene nove lavori, di cui citiamo i seguenti: Il ricambio materiale nei disturbi di circolo (D. Laslo). La sorte dei grassi assorbiti dall'organismo (H. Schur). L'istopatologia del reumatismo articolare cronico ed il suo significato clinico (E. Freud). L'importanza dei fattori ambientali della genesi dell'ipertonia primaria (E. Barath e A. v. Mirgay). Lacinie tendinee del cuore e rumori cardiaci (S. Bondi). La funzione del fegato nel ricambio dell'acqua (D. Adelsberg). Le condizioni fisio-patologiche della leucopenia (U. Strasser). *fil.*

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## La IX Conferenza Internazionale per la lotta contro la tubercolosi.

(Varsavia, 4-6 settembre 1934).

Congresso abbastanza numeroso (circa 160 membri stranieri oltre ai polacchi), che ha mostrato sempre di seguire con grande interesse le sedute. La rappresentanza più numerosa era l'italiana (circa 50 membri) a cui seguivano la francese e la tedesca (con circa 30 membri ciascuna). Alle 43 nazioni aderenti all'Unione internazionale, si è aggiunta ora l'UDRSS., che ha inviato 5 rappresentanti. Il gruppo italiano si è anche riunito alla nostra Ambasciata, dove è stato ricevuto e dove ha avuto luogo una simpatica manifestazione di italianità.

Il discorso inaugurale è stato fatto da BEZANÇON, che ha trattato dell'*evoluzione delle dottrine in tisiologia*, mettendo in rilievo il punto critico che ora traversiamo. Egli ha avuto, nel discorso, dei momenti veramente felici; dopo avere accennato alle morti di L. Bernard e di Calmette, ha osservato che, per quanto dolorose siano queste scomparse, il progresso della scienza non ne viene a soffrire. Lo scienziato, di fatto, tende a cristallizzarsi nelle sue idee ed è bene che la fiaccola dell'indagine scientifica passi ad altre mani, per continuare così l'ascesa della scienza.

Diamo un breve riassunto dei tre temi trattati al Congresso.

TEMA SCIENTIFICO.

### Le variazioni biologiche del virus tubercolare.

È stato svolto dal relatore, L. KARWACKI, molto, fin troppo, ampiamente, con un'esposizione minuziosa di tutte le fasi della questione, riportando persino i protocolli delle proprie esperienze sulla coltivabilità del virus filtrabile e la trasformabilità in *Streptothrix* del bacillo di Koch, di cui ha così stabilito la posizione botanica. Altra questione trattata è stata quella dell'azione biologica delle sostanze lipoidee e proteiche dei lipidî acetone-insolubili, di cui OMODEI-ZORINI ha confermato il potere tubercoligeno, dimostrando anche che essi possono proteggere il coniglio da una successiva tubercolizzazione, rendendo più resistente il terreno, forse per l'impregnazione cellulare coi lipidi e loro derivati. Rimane così convalidata la teoria istogena della immunità tubercolare.

Non si può dire, però, che dalle relazioni e dalle discussioni, siano state molto chiarite le nostre idee, perchè tanto la filtrabilità quanto il polimorfismo sono state contrastate. Anche con la limitazione rilevata da J. VALTIS, che cioè la denominazione di ultravirus è stata data senza l'intenzione di paragonare questa forma ad un vero ultravirus, ma soltanto convenzionalmente per distinguerlo dalle forme acido-resistenti, è apparso che sono necessari ulteriori studi per meglio definire la questione.

Sopra un terreno pratico ci ha portato il

TEMA SOCIALE.

### L'utilizzazione dei dispensari per il trattamento dei tubercolosi.

La relazione era stata affidata a L. BERNARD, che l'aveva svolta con quel senso di equilibrio che gli era caratteristico. Al Congresso, è stata presentata da BEZANÇON ed ha dato occasione ad una commossa commemorazione del grande tisiologo; specialmente apprezzate furono le elevate parole del sen. MARAGLIANO.

L'utilizzazione dei dispensari per la cura solleva varie obbiezioni, sia dottrinali (il D. è un organo essenzialmente profilattico), sia legali, sia professionali (i malati che vanno al D. sono sottratti alle cure dei medici pratici). Il Relatore si è dimostrato favorevole a tale utilizzazione terapeutica, con le dovute limitazioni (solo pneumotorace ed esclusa anche la crisoterapia). La maggior parte dei dispensari, del resto, pratica già una cura, specialmente il pneumotorace.

Come ha dimostrato il Vice-Direttore della Sanità Pubblica, prof. A. ILVENTO, che era uno dei correlatori, l'Italia ha subito compreso le esigenze della pratica, passando sopra a considerazioni dottrinali, sicchè i nostri Dispensari eseguiscono sempre la cura ai malati e famiglie, che si trovano in condizioni di povertà (specialmente le reinsufflazioni pneumotoraciche).

Il Dispensario, ha poi osservato BEZANÇON nelle conclusioni della seduta, è un organo profilattico ed è bene che tale rimanga. Ma l'Italia, egli ha aggiunto, ha dimostrato la convenienza di utilizzarlo specialmente come centro di rifornimento pneumotoracico. È però questione di specie e si deve distinguere fra il D. delle grandi città e quello delle campagne, accordando a quest'ultimo la funzione curativa. Anche nelle grandi città, del resto, si è dovuto ricorrere ad esso perchè gli ospedali erano insufficienti alla bisogna, sicchè le condizioni di utilizzazione possono variare col tempo. Ad ogni modo, è essenziale che la tisiologia sia bene conosciuta almeno nelle sue linee direttive generali, dal medico pratico.

Il vero trionfatore del Congresso, che rimaneva indeciso sulle incertezze e le divagazioni speculative riguardanti l'ultravirus, è stato V. PUTTI nel

TEMA CLINICO.

### Le forme mediche e chirurgiche della tubercolosi ossea ed articolare ed il loro trattamento.

Nello scienziato italiano, il Congresso ha trovato la parola decisa, materiata dalla lunga e vasta esperienza, esposta con una spontanea fluidità di vero dicitore, non senza qualche spunto di finissima ironia. Nelle conclusioni, il PUTTI ha parlato in francese, non senza ribattere in puro inglese al correlatore americano.

Nel campo della patologia, ha osservato che le statistiche dei tisiologi (L. Bernard) rilevano la rarità delle localizzazioni osteo-articolari nei tubercolosi polmonari. Egli, da chirurgo, deve viceversa rilevare la frequenza dei focolai polmonari in malati di tubercolosi osteo-articolare.

Non molto soddisfacenti sono le nostre nozioni sulla diagnosi; quella clinica difficilissima nei primi stadî che sono gli unici in cui si può fare qualche cosa; qualche sussidio può darlo la radiologia mentre l'istologia non fa, il più delle volte, che ingenerare confusione.

Argomento del massimo interesse, la terapia. Anzitutto, egli ritiene che non si debbano attribuire alla sola elioterapia i benefici che si ottengono, che dipendono invece da quei fattori ben più complessi che si possono comprendere col termine più generico di climatoterapia. Importanti sono le modalità da seguirsi in questa, poichè è perfettamente inutile il continuare la terapia climatica in una determinata località; passato un certo tempo, il miglioramento si arresta e lo stato del malato diventa stazionario od anche peggiora. Si deve, allora, cambiare di clima il ma-

lato; dal mare, mandarlo alla montagna e viceversa. Il clima agisce piuttosto come una stimoloterapia.

L'O. si dimostra scettico sui risultati della immobilizzazione relativa, che esige una ben lunga degenza in letto e che può forse agire nei primissimi stadî, in cui la diagnosi non è ancor sicura e rimane allora il dubbio se si fosse trattato realmente di forme tubercolari. Ad ogni modo, il riposo orizzontale nel morbo di Pott o quello in trazione per le localizzazioni dell'arto inferiore costituiscono il più adatto metodo di cura durante il periodo invasivo della malattia, ma quando questo è sorpassato, l'immobilizzazione in apparecchio di gesso porta a più rapida conclusione, mentre questo è il metodo sovrano nella cura ambulatoria. Nonostante tutto quanto si è detto, egli ritiene che il risultato ideale a cui ora si può tendere è l'anchilosi, che permette di arrivare in 6-8 mesi a risultati non molto diversi da quelli per cui, con la cura conservativa, si esigono 3-4 anni.

Tutte le cure mediche (immunitarie od altre) non hanno che un valore accessorio.

L'evoluzione delle nostre idee, in fatto di terapia della tubercolosi osteo-articolare ha seguìto per dirizzoni, esagerando in un senso o nell'altro. Nessun errore peggiore che quello di polarizzarsi in un sistema e seguirlo a tutti i costi. Tutti, più o meno, possono dare dei buoni risultati; questione di sceglierli ed adattarli caso per caso. Tale adattamento, però, presuppone una sicura conoscenza della materia, che non si ottiene se non con lo studio specializzato e con delle cognizioni che il medico odierno è ben lungi dal possedere. Non basta avere delle buone organizzazioni e disporre di molti mezzi finanziari; occorrono gli uomini, che non si ottengono che con una precisa specializzazione nella materia. *fil.*

## Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 21 giugno 1934.

Presidente: prof. MERLETTI.

### Forma nuova di anemia infantile con osteoporosi diffusa.

Prof. F. RAVENNA e dott. C. CANELLA. — L'O. presenta due bambini affetti da una forma grave di anemia ipocromica in cui l'esame radiologico sistematico ha posto in evidenza delle alterazioni diffuse e caratteristiche interessanti tutte le ossa. Tali alterazioni consistono in una osteoporosi diffusa ed in una configurazione particolare delle trabecole della diploe cranica (cranio a spazzola). Coesistono cospicua epatosplenomegalia e faccia mongoloide. Il relatore espone la storia, l'esame clinico, le ricerche di laboratorio e riporta radiografie e fotografie di altri 2 malati, che non ha potuto presentare. Ritiene che in tutti i 4 casi si tratti della malattia di Cooley, di cui fino ad ora sono noti soltanto 25 casi descritti in America in figli di Italiani, Greci, Siriaci.

Si tratterebbe di una alterazione del ricambio emoglobinico e calcico su fondo razziale e famigliare. — Discussione: dott. D'ALLOVA.

### Sindrome di Lichtheim.

Dott. RAOUL SPECIE. — L'O. riferisce sopra un caso di mielosi funicolare (sindrome di Lichtheim) sopravvenuto in un individuo che due anni prima aveva sofferto di anemia perniciosa; ne descrive il reperto clinico e anatomo-patologico. S'intrattiene sulla delimitazione del quadro clinico, sulla patogenesi e terapia di questa interessante forma morbosa della quale afferma possibile la guarigione nelle sole forme iniziali.

### Epatosplenografia con il « Thorostrast ».

Dott. C. CANELLA e G. CASTAGNARI. — Gli OO. riferiscono 3 casi di epatosplenografia con il Thorotrast.

Il 1° affetto da enorme tumore dall'addome destro (ipernefro-angiosarcoma) con spostamento del fegato, milza, duodeno e colecisti.

Il 2° sofferente di echinococco recidivante del fegato, ed in cui il decorso post-operatorio prospettò il dubbio di una diatesi emorragica provocata dal Thorio.

Il 3° colpito da linfoadenomi cronica subleucemica ipersplenomegalica, ed in cui un lungo periodo di remissione, prospettava una eventuale azione terapeutica del Thorotrast. Il paz. deceduto dopo un anno dalla iniezione del farmaco, ha permesso di osservare l'azione a distanza del preparato. Gli OO. discutono i quadri clinici e radiologici, descrivono i reperti di autopsia e degli esami istologici e conformano il valore diagnostico del Thorotrast pure circondandosi di tutte le cautele che anche altri autori consigliano.

### La reazione di Weltmann nelle malattie del fegato.

Dott. L. ZANINI. — L'O. ha praticato la reazione di Weltmann sul siero di sangue di 20 epatici ed altrettanti malati acuti e cronici non epatici ed in soggetti sani. Ha constatato che la zona di coagulabilità è aumentata tanto nella cirrosi quanto nel c. d. ittero catarrale e ritiene che detta reazione possa portare un contributo non trascurabile alla diagnosi differenziale delle malattie del fegato.

### Sintropia benefica (morbillo) in caso di grave nefropatia.

Dott. ORTOLANI MARINO. — L'O. ha avuto occasione di osservare un caso di nefrosi grave, che perdurava da oltre otto mesi ed aveva resistito ad ogni intervento terapeutico, volgere a guarigione dopo processo morbilloso.

La guarigione clinica perdurava da tre mesi.

### Condizioni morfologiche dei corpuscoli nervosi nei genitali maschili dei bambini dal primo al decimo anno di età.

Prof. dott. LAMBERTI. — L'O. studiando con il metodo al cloruro d'oro del Ruffini, le espansioni nervose nei genitali maschili dei bambini fino al decimo anno di età, ha potuto dimostrare come fin dai primi anni di vita, dette espansioni, sieno rappresentate nelle loro strutture pressochè definitive, sia che si tratti delle espansioni papillari, sia che si considerino la rete amielinica sottopapillare, corpuscoli genitali, quelli del Krause, del Pacini e del Ruffini.

Inoltre l'O. ha messo in luce un nuovo reperto morfologico, i *corpuscoli a ghirlanda*, riconducibili al tipo dei piccoli Krause, espansioni formate da un budello di rete cilindrassiale, il quale assume la forma sferica propria dei Krause, curvandosi in ghirlanda su sè medesimo.

Le presenti ricerche danno inoltre ampia conferma al reperto del Dogiel sulle fibre di associazione che riuniscono i vari corpuscoli; le folte anastomosi di rami di fibre nervose e di fibrille ultraespansionali, che riuniscono assieme questi vari corpuscoli, a forma ben definita, sembrano fare armonizzare alla periferia le due dottrine apparentemente contrastanti, quella del neurone e quella del circuito chiuso.

Prof. G. BUCCIARDI e d.ssa E. BASSANI. — *Ricerche sul gruppo degli zuccheri. Variazioni del P. R. Sp. di sieri glucosati e levulosati in seguito a diluizione.* *Il Segretario*: ARMANDO VIGNALI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Lipoidi e malattie lipoidee.

D. L. Lichty (*Arch. of int. Med.*, marzo 1934) ricorda rapidamente le tappe attraverso cui è passata l'indentificazione patogenetica e clinica di quel quadro morboso che va col nome di malattia di Schüller-Christians; la prima teoria — quella del disturbo della funzionalità ipofisaria — ha ceduto oramai il campo al concetto di Rowland, secondo cui si tratta essenzialmente di un'alterazione primitiva del ricambio dei lipoidi, il che avvicina questa malattia a quelle di Niemann e Pick e di Gaucher, da cui però si differenzia per il diverso orientamento chimico di codesto disturbo metabolico.

Come è noto, la malattia di Schüller-Christian è caratterizzata dalla poliuria, dall'esoftalmo e dalla comparsa di masse giallastre, che si localizzano di preferenza nel cranio ma possono trovarsi anche nelle altre ossa, e che possono dar luogo a fratture spontanee: istologicamente, queste masse risultano formate di cellule istiocitarie cariche di lipoidi: il fegato e la milza sono modicamente ingranditi. Il tasso di lecitina e colesterina nel sangue è accresciuto, durante i periodi di attività, e normale in quelli di remissione che la malattia spontaneamente presenta.

L'A. cita poi il caso di una bambina di 21 mesi, in cui la invasione xantomatosa della mastoide provocò una sintomatologia molto simile a quella di una mastoidite acuta (dolore, gonfiore retroauricolare e persino scolo purisimile dall'orecchio): la bambina fu infatti operata con questa diagnosi e l'intervento precipitò la malattia; nel periodo finale il sangue presentava un'anemia a tipo aplastico — come spesso si vede — e sulla cute era comparso un eruzione a tipo di dermatite seborroica.

L'orbita era rispettata, e non c'era esoftalmo. A questo lavoro — di carattere clinico — segue, sempre sullo stesso argomento e sullo stesso giornale, uno di D. M. Cowie e M. C. Magee che riguarda il contenuto dei lipoidi nei tessuti nel corso di questa malattia. Gli AA. non hanno trovato modificazioni degne di nota del contenuto lipoideo dei tessuti, giacchè nelle masse xantomatose, in cui la percentuale di lipoidi era alta e costituita, nel 50 %, di colesterina, le loro osservazioni si riferiscono al periodo finale della malattia, ma d'altra parte non se ne conoscono altre che si riferiscano ad un periodo iniziale.

V. SERRA.

### Lipoidosi con manifestazione cutanea.

E. Urbach (*Klin. Woch.*, 16, 1934) riprende e completa l'argomento delle lipoidosi, già trattato in quello stesso giornale dal Tannhauser.

Egli propone di distinguere le lipoidosi in due grandi categorie: le generali e le localizzate.

*A*) Nel primo gruppo rientrano oltre le note forme di Niemann-Pick, a cellule fosfatidiche, e di Gancher, a cellule cerebrosidi, anche le seguenti forme cliniche: 1) la xantelasmatosi, che si basa su un disturbo del ricambio della colesterina e in cui vanno distinti i xantelasmi da infiltrazione e da riassorbimento, gli xanteloidi che hanno sviluppo simil-tumorale, e i xantomi o tumori veri con tendenze infiltrative; la xantelasmatosi può avere localizzazioni viscerali, cerebrali od ossee; nota è la sindrome clinica di Hand-Schüller-Christian, caratterizzata da esoftalmo, diabete insipido e distruzione parcellare dello scheletro, specie del cranio.

Importanti per la diagnosi sono non soltanto le variazioni quantitative dei lipoidi nel sangue, ma anche le oscillazioni delle varie frazioni tra loro: il tasso di colesterina nel sangue e nei tessuti è aumentato.

Rientrano nello stesso quadro delle lipoidosi generalizzate la malattia di Kerl e Urbach, dermatosi caratterizzata da accumuli di colesterina esclusivamente extracellulari e dipendente da un processo di infiltrazione di lipoidi che viene emendato da applicazioni di raggi e dall'uso di diete povere di grassi; la malattia di Bürger e Grütz, decorrente con epato-splenomegalia, e caratterizzata dall'accumulo sopratutto perivasale di lipoidi del gruppo dei fosfatidi; e la malattia di Urbach-Wieth in cui si hanno manifestazioni a carico della cute e delle varie mucose (tra cui la respiratoria, con fenomeni anche mortali di stenosi), legata a deposizioni di lipoidi e di albumine, onde il nome di «lipoidoproteinosi».

Tra le lipoidosi localizzate, vanno ricordate: lo xantelasma da riassorbimento o colesterinoistechia locale, che si ritrova nelle lesioni luetiche terziarie, nelle cicatrici d'antica data, o intorno ad ascessi o a infiammazioni croniche; la necrobiosi lipoidea dei diabetici che colpisce i tessuti precedentemente colpiti da necrosi; e l'imbibizione lipoidea del tessuto elastico della cute.

V. SERRA.

### Il sistema endocrino e l'obesità.

Da un'inchiesta sull'argomento, pubblicata in *Med. Klinik*, 15 giugno 1934, J. Bauer trae le seguenti conclusioni:

1) Tutti sono d'accordo nel ritenere che il problema dell'obesità non può essere limitato ad una pura questione di bilancio, ma che è indispensabile ammettere un'anormalità nei processi del ricambio intermediario.

2) Per alcuni l'esistenza di un'obesità

puramente esogena non è dimostrata; per altri, non è possibile una divisione netta fra i due gruppi, endogeno ed esogeno.

3) La frequenza di gran lunga maggiore dell'obesità costituzionale, determinata quindi dal plasma germinativo, è riconosciuta dalla maggior parte. Secondo altri, invece, essa non sarebbe frequente, mentre Nonnenbruch ritiene frequentissima la predisposizione e non considera come causa dell'obesità una malattia ereditaria del sistema endocrino o nervoso.

4) La determinazione del metabolismo basale e dell'efficacia della nutrizione specifico-dinamica è senza importanza nel giudizio e nel trattamento dell'obesità; soltanto L. Grafe ritiene che sia invece utile per dare un giudizio sull'obesità stessa.

5) Tutti sono concordi nel ritenere che la terapia tiroidea, beninteso insieme con una adatta dietetica, sia utile anche in quei casi in cui non è riconoscibile un'ipofunzione della tiroide.

6) Nessun vantaggio però si ha con la somministrazione della tiroxina anzichè della tiroidina.

7) L'aggiunta di altri preparati ormonici sarebbe inadatta secondo alcuni, mentre per altri sarebbe utile la somministrazione di estratti di ghiandole germinative o, per la loro azione deacquificante, dei preparati di ipofisi (in alcune donne obese).

8) Tutti sono contrari alla somministrazione di preparati ormonici combinati.

*fil.*

**Uso del dinitrofenolo nell'obesità e nelle condizioni ad essa connesse.**

M. L. Tainter, A. B. Stockton e W. C. Cutting (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 4 novembre 1933) hanno proposto di usare l'alfa dinitrofenolo quando è necessario aumentare il metabolismo basale. Può aumentarlo anche del 50 %.

Usarono questa terapia in 113 casi di obesità, dando il sale sodico del dinitrofenolo in capsule di 75 mg. (1-2 capsule al giorno), per 40 giorni in media (anche per 125 giorni).

La media di perdita di peso è stata di 4 kg. In qualcuno è bastata una capsula al giorno.

Dei 113 casi così curati, 7 furono persi di vista, 19 sospesero la cura per ragioni non dipendenti dal medicamento nè dalla cura, 23 completarono la cura, 52 la stanno continuando ancora, 9 la sospesero per reazione spiacevole provocata dalla cura e 3 non ne ebbero risultato.

I disturbi che il dinitrofenolo ha provocato in 9 malati sono stati: cistite, modificazione del senso gustativo, gastroenterite, reazioni cutanee.

Il medicamento dà senso di calore e sudorazione, qualche volta fino ad essere fastidioso, per cui alcuni si alleggerirono gli abiti ed ebbero raffreddori. Alcune malate accusarono « nervosismo », ma si trattava di donne vicine alla menopausa.

In 17 casi in cui all'obesità si associava ipertensione, questa migliorò colla cura.

R. LUSENA.

**Tirosinuria.**

La tirosina è uno degli aminoacidi noti da più tempo; deriva dalla disgregazione delle proteine. Si libera nel tubo digerente per digestione di alimenti albuminoidi ed è un prodotto di disintegrazione delle proteine anche in seno ai tessuti. Questo spiega perchè la tirosina fu trovata nelle urine di un malato di atrofia gialla acuta del fegato da Frerichs e Städeler verso la metà del secolo scorso.

Però successivamente la tirosinuria è stata poco studiata. Recentemente se ne sono occupati Lichtman e Sobotka del Mount Sinai Hospital di New York, i quali hanno sostituito il vecchio metodo cristalloscopico con un procedimento biochimico, che permette anche un esame quantitativo anche per quantità di mg, 12,5 per 100 cc.

La tirosinuria fu osservata nel 30 % dei casi di malattia della cistifellea e delle vie biliari, con maggiore frequenza nei malati di forme degenerative subacute del fegato e minor frequenza nei malati di forme maligne, di calcolosi epatica con ittero da ostruzione, di ittero tossico (da cincofene e da arsfenanima), di ittero catarrale. Risultati negativi si ebbero in casi di polmonite, leucemia, anemia perniciosa e ipertiroidismo.

La tirosinuria si ha anche nel cancro del polmone.

La eliminazione massiva di tirosina indica degenerazione acuta del fegato ed è continua. Se la tirosinuria è transitoria si tratta di atrofia subacuta. Le lesioni infiammatorie delle vie biliari non danno tirosinuria. La scomparsa della tirosinuria accompagna il ristabilirsi della funzionalità epatica.

La tirosinuria non si deve confondere colla tirosinosi descritta dal Medes, perchè quest'ultima è un'alterazione del metabolismo che ricorda l'alcaptonuria. Così in un editoriale del *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 7 luglio 1934.

R. LUSENA

**La cura della distrofia muscolare colla glicina.**

Cuthbertson e Maclachlan (*The Quarterl. Journ. Medic.*, luglio 1934) hanno studiato l'effetto della glicina in nove casi di distrofia muscolare, cinque dei quali a tipo pseudo-ipertrofico; prima di iniziare la cura è stato accertato che l'intensità della creatinuria corrispondeva al grado dell'incapacità muscolare. In seguito alla somministrazione della glicina, la creatinuria dimostrò un certo aumento temporaneo, per ricadere poi a valori più bassi, inferiori a quelli osservati prima della cura.

Tutti e nove i casi risentirono un certo be-

neficio dalla cura; aumento delle forze, del peso e del benessere generale; nessuno ebbe a lamentare un peggioramento.

Fu anche notato un lieve miglioramento in qualcuno dei muscoli colpiti; questo miglioramento fu piccolissimo nel gruppo delle pseudoipertrofie.

Ricapitolando gli autori ritengono che i risultati così ottenuti siano migliori di quelli che si possono avere con la sola ospedalizzazione; tuttavia non si può ancor dire che sia stata trovata una vera cura. V. SERRA

**L'ipoglicemia provocata da iniezioni endovenose di insulina. Saggio di tolleranza all'insulina.**

M. Labbé, Escalier e P. Whry (*Presse Méd.*, 18 luglio 1934) hanno studiato le variazioni glicemiche provocate in soggetti normali dalla iniezione endovenosa di insulina. Il paziente deve essere a digiuno, in riposo muscolare, in posizione clinostatica da almeno un'ora ed in equilibrio termico. La dose di insulina da iniettare endovena è stata stabilita dagli AA. in 12 unità. Vengono effettuate 20 prese di sangue: 2 a digiuno di cui si prende la media, poi, dopo l'iniezione, 9 prese di 5 in 5 minuti, 4 di 10 in 10 minuti, 5 ogni 15 minuti; in tutto la prova dura due ore e tre quarti.

L'iniezione è abitualmente ben sopportata; se talora si manifestano disturbi da ipoglicemia, l'assorbimento di una quantità minima di glucosio o di acqua zuccherata fa tutto scomparire.

Riportando in ordinata le variazioni glicemiche in centigrammi per 1000 e in ascissa i tempi in minuti, si ottiene una curva tipica, divisa in due segmenti, uno discendente l'altro ascendente con ritorno abitualmente al punto di partenza iniziale.

Le variazioni glicemiche, sia in discesa che in ascesa sono in un primo tempo brusche, poi si smorzano.

La differenza fra il livello di glicemia iniziale e quello della glicemia più bassa varia fra 35 e 60 per 100. C. TOSCANO.

## TOSSICOLOGIA.

**Intossicazione mortale da salicilato di sodio.**

G. Paisseau, E. Friedman e C. Vaille (*Soc. méd. hôpitaux*, 6 luglio 1934) riferiscono il caso di una bambina di 10 anni in cui al quinto giorno del trattamento salicilico si sono avuti dei sintomi allarmanti: agitazione, ebetudine, delirio; comparsa di un ritmo respiratorio di Kussmaul, odore di cloroformio del fiato, il che fa pensare ad uno stato di acidosi, confermato dagli esami del sangue e dell'urina; la riserva alcalina cade bruscamente a 9, le urine, molto acide sono molto ricche in corpi cetonici.

La somministrazione di alte dosi di bicarbonato di sodio fa aumentare la riserva alcalina a 32, ma le urine rimangono molto acide ed il salicilato si mantiene nel sangue ad un tasso relativamente elevato anche tre giorni dopo la soppressione.

Si sviluppa frattanto una sindrome di insufficienza renale; azotemia elevata (1,28, poi 0,99); urine scarse con albumina e cilindri granulosi. Malgrado un'intensa alcalinizzazione, la sindrome di acido-cetosi provoca la morte 3 giorni dopo l'inizio degli accidenti.

All'autopsia, lesioni notevoli del fegato affetto da degenerazione grassa massiva e congestione renale.

Il salicilato di sodio, in vista di un'incipiente lesione cardiaca, era stato somministrato dapprima in pozione (10 grammi con 20 di bicarbonato di sodio); ma questa era mal tollerata (vomiti), sicchè si fecero iniezioni endovenose di salicilato (2 g.) associate a clisteri di salicilato (5 g. con 10 di bicarbonato). Complessivamente 7 grammi di salicilato al giorno, per 3 giorni.

La quantità somministrata era inferiore alle dosi spesso consigliate, tenuto conto della grande tolleranza dei bambini a tale rimedio. Ad ogni modo, il fatto deve consigliare una certa prudenza nella somministrazione del salicilato, sopratutto nel senso di sorvegliare il malato, evitando di continuare il trattamento in quelli che presentano delirio, vomiti, costipazione e sorvegliando la comparsa dei primi segni di acidosi (acetonuria, diminuzione della riserva alcalina del sangue). *fil.*

## TECNICA MEDICA.

**Le infezioni gassose da iniezioni.**

Nel *Boll. dell'Istituto sierot. milan.*, giugno 1934, troviamo sull'argomento il riassunto di 3 lavori, che possono interessare il medico pratico.

A. Cazzaniga (*R. Ist. lombardo*, 1931, pag. 915) ha avuto occasione di occuparsene per una perizia medico-legale ed insiste sull'importanza della contrazione della milza per la patogenesi della gangrena gassosa consecutiva ad iniezione sottocutanea di adrenalina, di cui tale A. raccomanda di servirsi con grande prudenza.

G. Leonardi (*Giorn. di med. militare*, 1934, n. 1) rileva che l'adrenalina, inoculata sotto la cute di cavie, facilita lo sviluppo dei germi anaerobi, provocando una vasocostrizione, una chemiotassi negativa ed una diminuzione del potere fagocitario dei leucociti. I germi hanno, in questi casi, provenienza esogena, poichè non è ammissibile che le fiale siano inquinate, tanto più che le soluzioni di adrenalina hanno potere antisettico.

G. Bonghini (*Giorn. di clin. med.*, 1932, n. 6) ricorda che la gangrena gassosa si è verificata in seguito ad iniezioni di caffeina (8 casi), di adrenalina (4 casi), di sparteina, di novocaina, di olio canforato, di morfina, di

soluzione fisiologica, ecc. In un caso di sua osservazione, la malata è morta 39 ore dopo l'iniezione di adrenalina; dalla lesione si è isolato il *B. perfringens.*

Il meccanismo patogenico di tali forme può essere attribuito a: 1) germi occasionalmente in circolo, provenienti dall'intestino, dove si trovano abitualmente; 2) germi respinti dalla milza, che si contrae sotto l'azione del medicamento; 3) germi che si trovano sulla cute e portati nei tessuti. Nel caso osservato da Bonghini, quest'ultima spiegazione era la sola possibile, in quanto che l'esame batteriologico delle fiale, della scatola che le conteneva, della siringa e dell'ago (che fra l'altro avevano servito ad altre iniezioni) fu negativo.

Trattasi quindi di una coincidenza fortuita e disgraziata, contro la quale siamo quasi disarmati, poichè le spore di tali bacilli sono resistentissime a qualsiasi disinfettante. In questi ultimi tempi, si sono fatte più frequenti le osservazioni di tale grave complicazione con le iniezioni di adrenalina, che sembra avere un'azione favorente l'infezione gassosa. Ora, le iniezioni di adrenalina si fanno molto spesso, sia perchè si tratta di un rimedio in voga e che risponde a molte indicazioni, sia perchè essa entra nella composizione di rimedi usati dai pazienti stessi (così i numerosi asmatici usano largamente iniezioni di asthmolysn e di asmoganglina, che sono appunto a base di adrenalina).

Il fatto della rarità e della difficile profilassi contro tale inconveniente non deve far trascurare tutte le misure atte ad impedirne la produzione, con una scrupolosa asepsi nell'eseguire quella piccola operazione che è una iniezione sottocutanea. E, se disgraziatamente l'inconveniente si verifica anche avendo posto in opera un'asepsi scrupolosa, il medico potrà stare con la coscienza tranquilla ed affrontare serenamente le possibili conseguenze medico-legali, sempre pronte a scagliarsi, per attribuire al curante la colpa di cui è innocente.

*fil.*

## MEDICINA SCIENTIFICA.

**Sul modo di unione "in vitro„ della tossina tetanica con differenti tessuti organici.**

D. D'Antona (*Accad. Fisiocrit. Siena*, dicembre 1933) afferma che il fenomeno di Wassermann-Takaki si spiega per un adsorbimento della tossina tetanica da parte della sostanza nervosa: la tossina aderisce ai fini granuli della pappa cerebrale, ed è ostacolata nella sua diffusione perchè trattenuta, distrutta o neutralizzata.

Anche il rene, i muscoli ecc. fissano « in vitro » la tossina tetanica, ma in grado e con forza minori della sostanza grigia, probabilmente per il minor grado di dispersione che essi raggiungono nello spappolamento in soluzione fisiologica.

Malgrado ciò, le pappe renali, muscolari ecc. sono più tossiche di quelle cerebrali, perchè l'adesione che la tossina contrae con loro è più debole, e la tossina stessa più facilmente è riceduta e riassorbita, onde riesce più rapidamente mortale.

La poltiglia di sostanza cerebrale, trattata con etere solforico, alcool assoluto, acetone ecc. subiscono una notevole riduzione nella loro capacità di adsorbimento della tossina, perchè le sostanze su citate inducono nella sostanza cerebrale un processo di « gelificazione ». Con lo stesso meccanismo, la sostanza cerebrale fissa, oltre la tossina tetanica, altre tossine e anche l'antitossina., che è capace di neutralizzare la tossina, quando questa è già stata fissata, per semplice contatto.

L'inefficacia della cura antitossinica è dovuta quindi soltanto all'entità delle lesioni indotte dalla tossina nel parenchima degli organi su cui si è fissata. V. SERRA

## POSTA DEGLI ABBONATI

*Terapia dell'ulcera gastrica.* — Al dott. I. D. B. da Lanciano:

Il metodo di cura dell'ulcera gastrica che ella probabilmente intende è quello delle iniezioni endovenose di benzoato sodico. Esso ha avuto, come tutti gli altri sistemi di cura proposti per l'ulcera gastrica, il suo momento di celebrità, ma si è dimostrato non corrispondente alle speranze che su di esso si erano fondate.

Esistono molti preparati commerciali: può ella stessa far preparare da un buon farmacista la soluzione sterile di benzoato di sodio al 25 per cento: si pratica un'iniezione giornaliera di uno o due cmc. per almeno un mese.

La cura migliore per l'ulcera gastrica, qualora non esistano indicazioni chirurgiche, rimane sempre la dietetica.

P. ALESSANDRINI.

## VARIA

**Un rimedio contro il cancro?**

La dottoressa Alice Cleveland ha comunicato al Congresso annuale della Società chimica americana che, unitamente ai suoi collaboratori, è riuscita a scoprire il meccanismo dello sviluppo del cancro e ritiene di averne trovata la terapia. Secondo le sue vedute, gli enzimi dei reni e dei surreni attaccano il tessuto cancerigno e costituiscono una reazione di difesa dell'organismo, contro il cancro stesso. Tali enzimi potrebbero venire attivati mediante iniezioni di certe sostanze stimolanti.

L'aumento di frequenza del cancro secondo le vedute della Mac. Donald sarebbe dovuto all'azione delle sostanze chimiche usate per la conservazione delle sostanze alimentari.

# POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

**Risposte a quesiti per questioni di massima.**

94° *Dottor L. M.* (S.). — Se Lei è stato nominato con riferimento alle condizioni del capitolato, ha diritto al rimborso delle spese fatte per l'ambulatorio.

95° *Dottor G. B.* (S.). — Il servizio interinale, seguito senza interruzione della nomina definitiva sarà valido agli effetti del compimento del periodo di prova.

A prescindere dalla disposizione del capitolato, la efficacia del servizio interinale è stabilita dal D. L. 30 dicembre 1923 n. 2889.

96° *Dottor G. V.* (C.). — La Commissione deve essere costituita prima della chiusura del concorso. Però la giurisprudenza ritiene che non sia motivo di nullità la inosservanza di questa disposizione.

Gli esami consistono in prove scritte, in esercizi pratici ed in prove orali, secondo i *programmi* che sono stabiliti dal Ministero.

Contro la deliberazione di nomina può essere prodotto ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale. Si può ricorrere anche per vizio del procedimento e della graduatoria.

97° *Dottor G. G.* (S.). — Salvi speciali obblighi risultanti dal capitolato o dall'atto di nomina, il chirurgo primario non è tenuto a controllare la condizione dei degenti, dal punto di vista amministrativo. La pretesa responsabilità per il ricupero delle rette nel caso che il ricoverato sia rimasto nell'Ospedale dopo che il deposito sia esaurito, mi sembra assolutamente infondata.

98° *Dottor L. B.* (M.). — Il Podestà non è per legge obbligato a nominare il primo graduato ma ha potere di scelta fra gli idonei. Non è nemmeno tenuto a motivare la scelta. La giurisprudenza del Consiglio di Stato è costante in questo senso. Il Ministero dell'Interno diede istruzioni in senso diverso. Se il Podestà nominasse il primo graduato, considerandosi *giuridicamente* obbligato, la deliberazione sarebbe illegittima. Se il Podestà nominasse uno dei concorrenti senza osservare l'ordine della graduatoria, e il Prefetto non approvasse questa deliberazione, il concorrente interessato potrebbe ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale contro il provvedimento del Prefetto, il quale sarebbe certamente dichiarato illegittimo.

99° *Dottor T. d. A.* (M.). — Il diploma deve essere registrato nel Comune di residenza. La istituzione dell'ambulatorio deve essere autorizzata dal Prefetto, al quale il sanitario deve fare domanda.

100° *Dottor G. S.* (S.). — È obbligatorio per legge il concorso quando si tratti della nomina di primari specialisti o di altri medici primari, se, nel secondo caso, l'Ospedale abbia almeno 500 letti. Fuori di queste ipotesi, l'amministrazione può procedere a nomina diretta, purchè il concorso non sia obbligatorio per *disposizione dello statuto o del regolamento locale*.

È escluso che il direttore di un ospedale possa nominare altro collega, con funzioni di vice direttore, aiuto e simili.

Non è invece vietato dalla legge che il medico condotto sia nominato direttore dell'Ospedale. La incompatibilità può derivare da disposizioni del regolamento o del capitolato o dalla impossibilità di fatto di attendere all'una e all'altra funzione.

101° *Dottor C. C.* (C.). — La somministrazione dei medicinali ai poveri non è strettamente collegata alla condotta, nel senso che soltanto i medicinali prescritti dal medico condotto debbano essere spediti gratuitamente. Anche se la ricetta sia fatta da un medico libero esercente, è dovuta la somministrazione gratuita. S'intende che ciò non accade normalmente, essendo ovvio che gli iscritti nell'elenco dell'assistenza gratuita richiedano l'opera del medico condotto.

È assurdo che il delegato podestarile modifichi la ricetta diminuendo *le dosi* dei farmaci prescritti dal medico.

102° *Dottor R. P.* (C.). — A rigore il medico condotto non può assentarsi dalla residenza; ma gli obblighi devono essere intesi ed osservati con discrezione. La pretesa del Podestà mi sembra eccessiva. Interessa che il servizio sia assicurato, e, fatte le visite normali, vi sia la possibilità dell'assistenza in casi eccezionali o urgenti. Per regolare questi rapporti di servizio, conviene procedere d'accordo, con criteri di buon senso.

103° *Dottor R. G.* (B.). — Lo stipendio dell'ufficiale sanitario è quello risultante dal regolamento organico. L'avviso del concorso ha soltanto l'effetto di *annunziare* le condizioni principali del rapporto d'impiego ma non può modificare quelle che risultano dagli atti approvati dalla autorità tutoria. S'intende che le condizioni efficaci sono quelle che risultino dal regolamento in vigore al tempo della nomina. Piuttosto è da dubitare della legittimità della disposizione che, agli effetti degli aumenti periodici, considera utile il servizio prestato presso altri Comuni.

---

*N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.*

*Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini,* **sono gratuite**.

---

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione. cons. leg. del nostro periodico**

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGRIGENTO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 28 nov.; direttore del Consorzio e del Dispensario prov.; L. 22.000 oltre L. 1000 serv. att., 3 quadrienni di L. 1200; cointeressenza; età limite 45 a.

BOLOGNA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 31 ott.; medico direttore del consorzio, medico direttore del Dispensario prov.; medico aiuto del Dispensario prov.; medico dirigente la Sezione dispensariale di Imola; rispett. L. 24.000, L. 18.000, L. 6000 e L. 5000 aumentabili; laurea da 2 anni al 17 ag.; tassa L. 50.

BRESCIA. *Ospedale dei Bambini « Umberto I » ed Istituto Rachitici.* — Scad. 15 nov., ore 12; medico aiuto; L. 5500 e partecipaz., guardie L. 25 e vitto; età limite 35 a. al 22 ag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10.

BRUSASCO CAVAGNOLO (*Torino*). — Scad. 15 ott.; L. 7920 aumentab., oltre L. 3030 automob., L. 616 uff. san.; sole trattenute; età limite 45 a.

CALTANISSETTA. *Ospedale Vitt. Em. II.* — Scad. 10 dic.; primario ostetrico aiuto chirurgo; titoli ed eventualm. esami; L. 6000; ritenute; tassa L. 50; età limite 35 a. Per altre condizioni rivolgersi Congregazione di Carità.

CETRARO (*Cosenza*). — Scad. 3 ott.; L. 6000 e 5 quadrienni dec., L. 2500 trasp., età limite 35 a.; tassa L. 50.

CHAMBAVE (*Aosta*). — Scad. 22 nov.; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san., età limite 35 a.

FAENZA. *Ospedale Civile.* — A tutto il 31 ott.; sostituto chirurgo e medico assistente ordinario nella Sezione chirurgica; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; stipendio al sostituto chirurgo L. 7000 e c.-v., è inibito l'esercizio della professione libera; al medico assistente L. 4500 e 18 % dello stipendio per serv. att. Chiedere annunzio alla Congregaz. di Carità.

FARINDOLA (*Pescara*). — Scad. 10 nov.; L. 8000 e 4 quadrienni di L. 500, 2400 cavalc., L. 500 se uff. san.; età limite 40 a.; tassa L. 50.

GAIOLE IN CHIANTI (*Siena*). — Scad. 15 ott.; 2ª condotta; L. 8500 e 10 trienni ventes., oltre L. 3500 trasp., c.-v.; alloggio su canone annuo di L. 600; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

LA SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele II.* — È aperto concorso per medico specialista in Otorino-laringoiatria. Chiedere copia dell'avviso alla Segreteria dell'Ospedale.

MERANO (*Bolzano*). *Civico Ospedale.* — Al 25 ottobre, ore 18; assistente del Reparto Chirurgico; età limite 40 a.; doc. a 3 mesi dal 15 sett.; L. 5000, oltre vitto e alloggio (oppure L. 10 al giorno); riduz. Chiedere avviso.

NOVARA. *Comune.* — Scad. 1 dic.; medico condotto addetto alla vigilanza igienica sanitaria nelle scuole ed all'Ufficio d'Igiene: L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3500 trasp.; età limite 32 a.

PENNE (*Pescara*). — Scad. 25 nov.; 1ª condotta; L. 6500 e 10 bienni di L. 325, oltre L. 2400 cavalc.; età limite 40 a.; tassa L. 50.

POGGIOMARINO (*Napoli*). — Scad. 28 ott.; L. 9500 e 3 quadrienni di L. 500; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

POZZUOLO DEL FRIULI (*Udine*). — Scad. 30 nov.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., L. 900 uff. san., L. 3000 trasp., c.-v. Chiedere avviso.

ROMA *Governatorato.* — Scad. 5 nov., ore 12; vice-direttore dell'Ufficio d'igiene e sanità (gruppo A, grado III); titoli ed esami; non sono ammesse le donne. Chiedere condizioni. Rivolgersi al Protocollo della Ripartizione I, Campidoglio.

ROSETO DEGLI ABRUZZI (*Teramo*). — Scad. 30 nov.; per 2 frazioni; L. 7000 e 4 quadrienni di L. 500, trasp. L. 2400; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

ROSSANA (*Cuneo*). — A tutto l'11 ottobre c. a. Concorso al posto di medico condotto. Stipendio lordo L. 8340; quattro aumenti quinquennali del decimo dello stipendio. Indennità di trasporto L. 1000, più L. 500 quale Ufficiale Sanitario, il tutto soggetto alle ritenute e riduzioni di legge. Scadenza undici ottobre 1934-XII.

SALERNO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 10 ott.; medico aiuto nel Dispensario provinc.; L. 6000 e 4 trienni di L. 500; 2 anni di laurea; età limite 40 a. al 10 sett.; tassa L. 50,10.

STRIANO (*Napoli*). — Scad. 20 nov.; L. 9500 oltre L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

VOLTERRA. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 15 ott.; 5 medici assistenti; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. att., L. 1500 alloggio. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO.

*Borse di studio per medici e studenti a Pisa.*

È aperto un concorso per esami a due posti nel Collegio Nazionale Medico annesso alla Regia Scuola Normale Superiore di Pisa, destinati a giovani che intendano iscriversi o siano iscritti ad uno dei 5 anni di corso della Facoltà di Medicina della R. Università di Pisa. Le domande, accompagnate dai documenti di rito e dal certificato di inscrizione alle Avanguardie, ai Giovani Fascisti, al Guf o al P. N. F. dovranno pervenire alla Segreteria entro il 20 ottobre prossimo. Le prove scritte avranno luogo il 2 novembre.

Un concorso per titoli e per esame a tre posti in detto Collegio è pure indetto. Esso è destinato ai giovani laureati in Medicina da non oltre due anni, che intendano perfezionarsi nelle discipline mediche. Le domande debbono essere presentate entro il 10 novembre, unitamente alla dichiarazione della materia o gruppo di materie in cui intendono perfezionarsi.

*Federazione Femminile Universitaria.*

La Federazione F. Americana offre una borsa di studio di dollari 1500 per l'anno accademico 1-VII-1935—30-VI-1936 per ricerche in qualsiasi materia, da compiersi in nazione differente da quella della candidata. Inviare documenti e domande entro il 20-X-1934 alla dott.a Isabella Grassi, via Adige 66, Roma.

CONCORSI A PREMI.

*Concorso tra Ufficiali medici per uno studio sulla tubercolosi.*

Il « Giornale Militare » pubblica il bando di concorso per un premio di lire tremila, da assegnarsi alla migliore delle memorie redatte da ufficiali medici del Regio Esercito e della Regia Marina, sul tema seguente: « La costituzione, secondo le attuali vedute nei suoi rapporti con la patogenesi della tubercolosi e nello studio di dipendenza da cause di servizio ».

Le memorie dovranno pervenire alla direzione generale di Sanità Militare non oltre il 31 dicembre 1935. Quelle non premiate, qualora ne saranno giudicate degne, avranno una menzione onorevole.

*Proroga di Concorso.*

Il Concorso bandito dall'« Ufficio Stampa Medica Italiana » per i lavori riguardanti la « Storia della Stampa Medica Italiana » e « Criteri tecnici in rapporto alla Stampa Medica » che doveva chiudersi il 30 settembre corr., è stato prorogato fino al 30 novembre.

Resta comunque assicurato che entro il dicembre la Commissione, nominata dall'« Ufficio Stampa Medica Italiana », d'accordo col « Sindacato Medico Provinciale Fascista » di Milano, deciderà la assegnazione dei premî.

A questo Concorso potranno prendere parte, oltrechè i medici, anche i giornalisti e pei premî sono disponibili L. 5000 offerte dal prof. P. Piccinini.

Per ogni ulteriore schiarimento, rivolgersi alla Direzione dell'« Ufficio Stampa Medica Italiana », via Vallazze 39, Milano.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

In seguito al risultato del concorso per direttore del Reparto ostetrico-ginecologico degli Ospedali Riuniti di Napoli, il Consiglio d'Amministrazione degli Ospedali, nella tornata del 7 settembre, ha approvato la graduatoria della Commissione esaminatrice, nominando direttore del Reparto il primo graduato prof. Raffaele Calvanico.

Quale successore di Calmette all'Accademia di Medicina di Parigi è stato eletto il gen. med. prof. Sacquépée.

Il prof. Félix d'Herélle, noto per la scoperta del batteriofago, è nominato direttore dell'Istituto per le malattie infettive di Tiflis.

La direzione del periodico « Brasil-Medico » è stata affidata al prof. Clementino Fraga.

Il prof. Viktor Schilling è chiamato alla direzione della Clinica medica di Münster.

Il prof. Konjetzny, direttore della Sezione chirurgica dell'Ospedale Civico di Dortmund, è chiamato alla direzione della Clinica chirurgica di Greifswald, quale successore del prof. Friedrich Pels-Leusden, che andrà a riposo col 1° ottobre.

Il dott. Vernon C. David, professore di clinica chirurgica al Collegio medico Rust di Chicago, è nominato direttore di quell'Istituto di clinica chirurgica, come successore del prof. Arthur Dean Bevan.

## NOTIZIE DIVERSE.

### 1° Congresso internazionale di gastro-enterologia.

Dall'8 al 10 agosto 1935 si terrà a Bruxelles il I Congresso Internazionale di Gastro-enterologia. L'importanza che tale ramo della clinica ha assunto in questi ultimi anni, ma sopratutto il bisogno della cooperazione tra medici, chirurgi, radiologi, fisiologi e biochimici, rende indispensabile una integrazione reciproca per la risoluzione degli importanti problemi che sono sul tappeto e che riguardano le alterazioni funzionali e anatomiche degli organi che presiedono alle più importanti funzioni dell'organismo umano.

È giunto il momento di affrontare questi problemi nel loro insieme e sotto i diversi aspetti, in convegni che riuniscano medici, chirurgi, radiologi, fisiologici, anatomo-patologi e biochimici di tutti i paesi. La Società Belga di Gastro-enterologia si è fatta iniziatrice di una prima riunione internazionale che avrà luogo a Bruxelles in occasione dell'Esposizione Universale nel 1935.

Gli argomenti all'ordine del giorno saranno: 1) le gastriti; 2) le coliti ulcerose gravi non amebiche.

Le principali Nazioni hanno già aderito e si sono costituiti Comitati Nazionali, dove figurano i nomi più significativi di coloro che in questo campo hanno fatto l'oggetto delle loro osservazioni, della loro pratica giornaliera e delle loro ricerche speciali.

L'Italia a sua volta ha costituito un Comitato ad hoc e la Società Italiana di Gastro-enterologia ha già dato la sua completa adesione e le più spiccate personalità italiane nel campo della scienza medica hanno già promesso la partecipazione attiva, personale e della loro scuola.

Il comitato italiano è così costituito:

Presidente onorario: prof. sen. F. Micheli; presidente effettivo: prof. C. Frugoni; segretario: prof. P. Alessandrini; membri: proff. R. Alessandri, M. Ascoli, R. Balli, F. Bottazzi, A. Busi, L. D'Amato, M. Donati, G. Egidi, G. Fasiani, L. Ferrannini, A. Ferrata, C. Gamna, G. Izar, N. Leotta, R. Paolucci, N. Pende, P. Rondoni, G. Sabatini, F. Schupfer, O. Uffreduzzi, L. Zoia.

Per informazioni rivolgersi al segretario prof. Paolo Alessandrini, primario degli ospedali di Roma, via Alberico II 33, Roma.

### 2° Congresso internazionale di medicina sportiva.

Si è svolto a Chamonix e vi hanno preso parte 300 medici di tutte le Nazioni, tra i quali 25 italiani.

Le proposte italiane dei sen. Viola e Pende riguardanti i criteri biotipologici e antropometrici hanno incontrato il più vivo consenso.

Notevoli fra le relazioni quelle dei proff. Benedetti e Pini di Bologna sulla misurazione tridimensionale del cuore degli atleti e sugli effetti energetici degli estratti cortico-surrenali; del prof. Poggi-Longostrevi di Milano sulla cura dell'obesità sedentaria; del prof. Donaggio di Modena sulla sua nuova reazione, « testo » per la fatica; del prof. Aiello di Milano sulle direttive per la migliore prestazione sportiva. Il prof. Del Guerra di Pisa ha completato i risultati di lunghe indagini, iniziate nel 1932 per incarico del Consiglio Naz. delle Ricerche — risultati ottenuti sia negli atleti

universitari, sia in campioni, circa l'aumento di rendimento fisico e di resistenza alla fatica con la somministrazione agli atleti di proteine vegetali energetiche.

Il presidente della Federazione Italiana Medici sportivi prof. Cassinis dopo la sua relazione sulle organizzazioni giovanili italiane è stato insignito di medaglia d'oro dal presidente internazionale prof. Latarjet.

**14° Congresso italiano di pediatria.**

Si è svolto a Siena il Congresso della Società italiana di pediatria, con l'intervento di 300 congressisti italiani e stranieri.

La seduta inaugurale si è tenuta il 19 settembre nella sala del Mappamondo del Palazzo Civico, alla presenza dell'on. Albertini, sottosegretario al Ministero della Giustizia, rappresentante il Governo; delle autorità civili, militari ed ecclesiastiche, di illustri scenziati e personalità e dei Delegati dell'Opera Maternità e Infanzia, dell'Opera Nazionale Balilla e dell'Opera Mutualità scolastica.

Il Podestà di Siena ha portato il saluto della città. Il prof. Salvioli, presidente del Comitato ordinatore, ringrazia i convenuti e illustra l'attività assistenziale svolta in favore dell'infanzia nella città.

Il prof. Allaria legge una relazione sull'attività svolta nell'ultimo triennio dalla Società. Saluta i pediatri francesi e svizzeri presenti al Congresso e commemora gli illustri colleghi scomparsi in questi ultimi anni, elevando infine il pensiero alla Maestà del Re e al Duce.

Il prof. Lereboullet di Parigi pronunzia brevi parole di saluto e di ringraziamento auspicando la più fervida collaborazione fra i popoli latini per la difesa della razza bianca, difesa che Mussolini, con l'energica franchezza che gli è abituale, ha meglio di ogni altro posta all'ordine del giorno.

L'on. Albertini dopo aver rivolto un augurio all'Augusta Principessa, Alta Patrona del Congresso, per l'attesa del fausto evento, porta ai congressisti il saluto e il vigile interessamento del Governo nazionale che vede in questo raduno di scienziati un mezzo potente ed efficace per l'attuazione e il potenziamento delle opere atte alla assistenza sanitaria e fisica del fanciullo, e dichiara aperto, in nome del Re, il Congresso.

L'on. Niccolò Castellino svolge la sua relazione sull'attività dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia durante l'ultimo triennio.

Nelle sedute successive hanno luogo le altre relazioni e le comunicazioni. Dei lavori daremo prossimamente un resoconto.

Alla chiusura dei lavori il prof. Salvioli rivolse calde parole di estimazione al prof. Allaria e gli consegnò una medaglia d'oro. Al Salvioli si unirono i proff. Lereboullet di Parigi, Regnier di Neuchâtel, Péhu di Lione, ed a nome degli stranieri espressero viva ammirazione per i progressi dell'Italia fascista. Rispose il prof. Allaria.

I lavori sono stati intramezzati da trattenimenti varî.

I congressisti si sono recati a deporre corone sulle are votive degli universitari caduti in guerra e per la Rivoluzione fascista.

Si è deliberato che il futuro Congresso sia tenuto a Genova nel 1937.

**19° Congresso italiano di radiologia medica.**

Si è tenuto a Perugia il Congresso della Società Italiana di Radiologia medica, presenziato da 500 partecipanti, fra i quali numerosi stranieri.

L'inaugurazione ebbe luogo nel salone dei Notari del Palazzo Comunale. Gli scienziati iscritti nel Partito indossavano la camicia nera.

Il prof. Agostini, a nome del Magnifico Rettore, ha porto agli intervenuti il saluto dell'Ateneo perugino. Hanno quindi parlato il prof. Siciliano, presidente della Società, il prof. Milani, presidente del Comitato esecutivo e del Congresso, e infine il comm. Giammichele, vice-prefetto commissario al Comune, che ha dichiarato, in nome del Re, aperti i lavori del Congresso. Subito dopo è stata inaugurata la Mostra degli apparecchi, ordinata nel palazzo della R. Università degli studi e che è risultata un'imponente rassegna dell'industria radiologica italiana e straniera.

I lavori si sono svolti attivissimi; ne riporteremo un breve sunto.

In onore dei congressisti sono stati dati trattenimenti varî.

**9° Convegno italiano d'igiene.**

Questo Convegno ha richiamato a Bari numerosi congressisti da tutta l'Italia; numerosissimi i pugliesi, fra i quali senatori e deputati.

L'importanza del congresso è stata messa particolarmente in rilievo, nella seduta inaugurale del 19 settembre, dopo il discorso del commissario al Comune comm. Vella e del Rettore Magnifico della Università, prof. Mariani, dall'Accademico De Blasi, presidente del Consiglio superiore di sanità, il quale, nella sua qualità di presidente dell'Associazione nazionale italiana fascista per l'igiene, promotrice del convegno, ha rilevato l'importanza del momento in cui questo si tiene, cioè dopo la visita del Duce a Bari, che ha dato l'esempio di tenace lavoro in tutti i campi e soprattutto in quello igienico.

Ha poi parlato il rappresentante del Governo, on. Arcangeli. L'Associazione italiana per l'igiene, ha detto l'on. Arcangeli, si ispirò fin dal sorgere, ai dettami della dottrina fascista e quindi non ebbe difficoltà ad inquadrarsi rapidamente nel sorgente Regime. L'agevolarono in questo compito i due insigni uomini che l'hanno diretta: il prof. Sclavo e S. E. De Blasi. È bene che questo Congresso si tenga a Bari, città che costituisce la prova evidente del ritorno storico della civiltà mediterranea ai suoi antichi fastigi, che ha costruito opere igieniche insigni, che con la sua Fiera, con la Università « Mussolini », ha saputo mostrare di quanta forza dispone. S. E. Arcangeli ha dichiarato aperto, in nome del Re, il Congresso.

Infine ha tenuto il discorso inaugurale il prof. Sangiorgi, direttore dell'Istituto di igiene della Università Adriatica.

I lavori, presieduti da S. E. De Blasi, hanno assunto speciale sviluppo e importanza. Non mancheremo di occuparcene.

I congressisti hanno compiuto varie visite nella città e nella regione. Tra l'altro, sono stati alla bonifica di San Cataldo ed a Brindisi, ove hanno deposto una corona d'alloro nella cripta-sacrario degli Eroi del Mare.

È stato deciso di tenere in Sicilia e probabilmente a Palermo il X Congresso fra due anni ed a Torino la prossima assemblea dei soci.

**3° Convegno italiano sulla chirurgia della bocca.**

Presso l'Università di Parma si è tenuta la terza assemblea della Società italiana di chirurgia della bocca. I lavori si sono iniziati il 23 settembre, alla presenza delle autorità; dopo l'omaggio recato dai

partecipanti alla lapide che ricorda gli studenti caduti nella grande guerra e nella Rivoluzione, il rettore, prof. Preti, ha porto un saluto cui ha risposto il prof. Arlotta di Milano, presidente della Società. Il prof. Beretta di Bologna, presidente dell'Associazione stomatologica internazionale, ha poi tenuto la relazione ufficiale parlando dei nuovi orientamenti della clinica stomatologica. Seguirono gli altri lavori.

**2° Congresso medico abruzzese.**

Il secondo Congresso indetto dalla Società Medica Abruzzese ha richiamato in Teramo più di 500 congressisti da ogni parte d'Italia; tra essi erano molte delle maggiori illustrazioni della medicina italiana.

Alla seduta inaugurale intervenne S. E. il Ministro dell'E. N. Il Presidente del Congresso, prof. Gasbarrini, rileva che, sotto l'impulso del Fascismo, la medicina assume sempre più un carattere sociale. S. E. Ercole dichiara che il Regime segue col più vivo interesse queste adunate scientifiche, dalla cui opera scaturiscono nuove direttive della scienza per la sanità e il miglioramento della stirpe. Formula i migliori voti per il Congresso, che dichiara aperto in nome del Sovrano.

Desta vivo interesse una relazione dell'on. prof. Paolucci sull'ascesso polmonare. Seguono altre relazioni interessanti e comunicazioni pregevoli.

**Opere sanitarie inaugurate dal Duce.**

Nel suo viaggio trionfale in Puglia il Capo del Governo ha inaugurato il 6 settembre il nuovo Policlinico di Bari, costruito sull'altura del Picone e che ospiterà istituti clinici universitari e reparti ospedalieri. Il 7 poi ha inaugurato a Lecce l'Ospedale Sanatoriale, sorto in una vasta estensione di terreno sistemato a parco. Il Sanatorio occupa 14.000 mq. ed è stato costruito in due anni dall'Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale; consta di 4 piani e può ospitare duecento infermi. Ricevuto dall'on. Bottai, il Duce ha visitato i vari reparti e servizi. Ha dopo inaugurato il dispensario d'igiene sociale costruito dal consorzio provinciale antitubercolare e dotato degli impianti più moderni.

**Azioni giudiziarie.**

Il prof. Ruggero Ralli, rettore dell'Università di Modena, è stato assolto in istruttoria, con la formula più ampia, in conformità a parere del P. M. avv. Felici, dall'accusa di falsa perizia mossagli da un medico il quale, avendo applicato il radium per la cura di un eritema facciale, aveva determinato una deturpazione. Ne era derivata una causa intentata dal cliente contro il medico, per risarcimento di danni. Il Tribunale di Roma aveva incaricato della perizia il prof. Ralli, che concluse per la responsabilità del medico e confermò questa conclusione in una perizia supplementare, ordinata dalla Corte d'Appello, su gravame interposto dal convenuto. Questi, infine, aveva avanzato querela per falsa perizia contro l'illustre radiologo, che è stato difeso dall'on. Titta Madia e dall'avv. Orte.

Il Tribunale civile della Senna aveva condannato, nel 1931, il chirurgo Z., che durante un'operazione praticata su di una giovinetta aveva dimenticato una compressa di garza. La Corte d'Appello di Parigi, con sentenza del 16 aprile 1934 (la giustizia non ha fretta!), riportata integralmente ne « L'Esprit Médical » del 20 agosto, ha annullato la precedente decisione e assolto il dott. Z. (prosettore e capo di clinica alla Facoltà di Parigi), perchè — chiamato d'urgenza, su diagnosi di un'appendicite — dovette compiere un intervento complicato, compresa la remozione di una grossa cisti ovarica; al momento di suturare, egli si avvide della mancanza di una delle tre compresse usate; la ricercò inutilmente e pensò che fosse stata allontanata con la cisti; suturò perchè un prolungamento dell'anestesia, dopo un intervento già difficile, sarebbe stato pericoloso. La Corte ha ammesso un caso di forza maggiore.

**I medici stranieri in Inghilterra.**

A una conferenza dell'Associazione Medica Britannica adunatasi in Dublino lo scorso luglio, si convenne che i medici stranieri rifugiati in Inghilterra dovessero essere autorizzati all'esercizio della medicina dell'Impero dopo un breve tirocinio clinico. Il Comitato dei Dominî ha chiesto che tale tirocinio fosse stabilito in 3 anni ed ora il Consiglio dell'Associazione ha accettato questo termine, anche in vista della forte affluenza di medici profughi. Sin'ora l'esame di abilitazione all'esercizio nell'impero è stato superato da 180 medici, di cui 130 presumibilmente rimarranno in Inghilterra. Si sono procurati loro dei posti idonei: trattandosi, in grande maggioranza, di israeliti, si è cercato di sistemarli nelle città ove abbonda l'elemento israelita.

Durante i prossimi anni si avranno nuove immissioni.

Le difficoltà opposte ai medici stranieri per l'autorizzazione all'esercizio professionale, sono aumentate; siccome, però, essi sono elementi già formati, si mostrano in grado di profittare in pieno degli insegnamenti cui si trovano costretti e di fecondare le conoscenze precedenti. Perciò essi divengono elementi professionali di prim'ordine, idonei a una forte concorrenza.

**Un po' dovunque.**

È stata firmata e ratificata da molte Nazioni la Convenzione sanitaria internazionale per la navigazione aerea.

Il 9° Congresso internazionale di dermatologia e sifilologia si adunerà a Budapest dal 15 al 21 settembre 1935, sotto la presidenza del prof. Ludwig Nekom di Budapest.

Il 3° Congresso panamericano della tubercolosi è indetto a Montevideo dal 16 al 19 dicembre, sotto la presidenza del dott. F. D. Gómez. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria, Casilla del Correo 835, Montevideo. Quota d'adesione (5 pesos uruguayani ovvero 8 pesos argentini) al tesoriere, prof. Pedro A. Barcio, Soriano 1171, Montevideo.

Il 28° Congresso medico del Sud-Africa (7° Congresso delle scienze) si adunerà a Pretoria dal 1° al 6 ottobre. Per la corrispondenza: P. O. Box 437, Pretoria, Unione Sud-Africana.

L'Associazione americana dei medici ferroviari si è adunata a Chicago dal 20 al 22 agosto sotto la presidenza del dott. S. B. Taylor. Alla presidenza è stato eletto il dott. John Garfield Frost, di Chicago.

L'Associazione Americana per lo studio delle malattie neoplastiche si è adunata a Washington dal 6 all'8 settembre.

Il 13° congresso americano di terapia fisica si è tenuto a Filadelfia dal 10 al 13 settembre.

Presieduto dall'on. prof. Raffaele Paolucci, ha avuto luogo a Cesena un convegno medico-chirurgico. In tale occasione sono stati inaugurati i nuovi padiglioni dell'Ospedale « Bufalini » dedicati al reparto maternità.

La Società Medico-chirurgica Bellunese si è adunata il 4 luglio sotto la presidenza del prof. G. Pieri, assistito dal segretario dott. G. Locatelli. Furono fatte comunicazioni dai soci: Colesanti, D. Maselli, G. Pieri, G. Lise.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata l'11 agosto sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. P. Fabris. Furono fatte comunicazioni dai soci: Tramontini, Tomasi, Marta, Baroni, Fabris, Lapenna.

Il 23 settembre si è riunito, nella biblioteca dell'ospedale civile di Venezia, il primo Congresso nazionale della sezione tecnica dermosifilopatica del Sindacato nazionale fascista dei medici. Il fiduciario nazionale prof. R. Porcelli ha commentato le disposizioni che interessano il dermosifilografo contenute nel nuovo testo unico delle leggi sanitarie. La relazione è stata oggetto di ampia discussione.

In occasione del XXI Congresso Stomatologico Italiano e della XXVIII Sessione della Federazione dentaria Internazionale svoltisi a Como dal 29 luglio al 4 agosto, ha avuto luogo la III Riunione Internazionale dell'« A.R.P.A. » (Associazione internazionale per le ricerche sulle paradenziopatie). Alla seduta dell'A.R.P.A. ha portato un autorevole contributo il sen. prof. Pende parlando sul tema « Endocrinologia ed alterazioni dentarie ».

Si è chiuso a Merano il corso di cultura medica superiore; vi hanno partecipato, come docenti, molte illustri personalità della medicina.

Dal 2 al 9 settembre si è svolta a Francoforte sul Meno una « settimana scientifica internazionale » cui hanno partecipato 38 studiosi. Alla chiusura dei lavori venne presentata al presidente prof. W. Kolle una targa d'argento con le firme dei partecipanti. Tenne un discorso d'occasione il prof. Nuttall di Oxford.

L'Associazione dei Praticanti dell'Ospedale Italiano di Buenos Aires ha organizzato un primo ciclo di 25 conferenze su temi di guardia (di pronto soccorso); esse si sono iniziate il 7 agosto e si chiuderanno il 30 ottobre. (Diamo i nomi dei conferenzieri: P. Priani, S. Marino, A. Pozzi, C. Fernicola, R. Becco, J. Valls, C. Ottolenghi, G. Rosasco, J. Foglio, H. Bogetti, D. Boccia, V. Girardi, A. Carabelli, O. Mazzini, A. Grappiolo, E. Dameno, E. Lamattina, J. B. Borla, J. Tenconi, A. Bellestrase, A. Menzani, L. Pagliere, F. Adelardi).

Un gruppo di 30 medici italiani tisiologi ed igienisti delle nostre istituzioni antitubercolari, ultimata a Varsavia la IX Conferenza internazionale contro la tubercolosi, sotto la guida del prof. Bocchetti ha proseguito il viaggio nell'U.R.S.S.

A Mosca il prof. E. Morelli ed il prof. Cherubini, hanno esposto in una seduta culturale il metodo e la tecnica del pneumotorace artificiale Forlanini e vari studi fatti all'Istituto « Benito Mussolini » in Roma.

Il gruppo dei medici italiani ha proseguito il viaggio culturale per la Lettonia e la Germania.

Un gruppo di giornalisti stranieri ha effettuato una gita nell'alta valle del Tevere; a Sansepolcro hanno visitato gli stabilimenti Buitoni per le applicazioni dietetiche del glutine; rivolse loro un saluto il dott. Alberti, cui rispose il presidente dell'Associazione della stampa estera dott. Hodel.

Il 7 agosto, in uno degli atrî della Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires, venne inaugurato un monumento alla memoria del prof. Alfredo Lanari, che fu decano di detta Facoltà e ne rinnovò l'insegnamento, imprimendovi indirizzo biologico e mettendo a profitto gli ospedali cittadini per renderlo più efficiente; istituì il dottorato in odontologia. Alla cerimonia intervennero il ministro della giustizia e dell'istruzione pubblica dott. Iriondo, il rettore prof. Gallo e altre autorità.

Il prof. P. Piccinini ha tenuto a Salsomaggiore una conferenza su « La genialità medica italiana », argomento che egli ha fatto anche oggetto di una biblioteca e di un concorso.

La Confederazione dei sindacati medici francesi, per riconoscere la validità del « brevetto » di chirurgo, istituito dal Sindacato dei chirurgi, ha posto due condizioni, e cioè: che il candidato chirurgo venga qualificato solo dopo un parere favorevole preliminare della Confederazione, e che i chirurgi « brevettati » non pratichino abitualmente la medicina (301 voti contro 142).

Nell'Aula Magna della R. Università di Bari, alla presenza del Corpo Accademico, delle autorità cittadine, dei partecipanti al Congresso Nazionale d'Igiene, il prof. F. Bocchetti ha commemorato il compianto senatore Luigi Simonetta.

Il Commissario prefettizio dell'Ordine dei Medici della Prov. di Napoli ha applicato la censura ad un medico esercente, per illeciti rapporti con produttori di specialità medicinali.

La Seconda Sezione Penale della Corte di Cassazione ha respinto il ricorso della levatrice Antonietta Proverbio, interina nel comune di Armeno (Novara), la quale era stata condannata dal Pretore di Omegna perchè aveva rifiutato di assistere una partoriente, da cui non era stata soddisfatta di precedenti prestazioni.

La Prefettura di Novara ha sospeso dalle funzioni e dallo stipendio il medico condotto di Suna-Pallanza, un primario e un assistente dell'Ospedale di Pallanza, per mancata assistenza e rifiuto di ricovero in ospedale di una donna prossima a partorire, la quale decedeva pochi istanti dopo essere giunta nell'Ospedale di Intra.

Il Tribunale Penale di Milano ha condannato dieci persone — tre uomini e sette donne — per spaccio di cocaina a pene variabili da 10 mesi di reclusione e 800 lire di multa a 2 anni di reclusione e 3250 di pene pecuniari.

Il dott. Mario Brambilla, di 56 anni, da Desio (Milano), in villeggiatura a San Vincenzo (Aosta), venne aggredito con due colpi di bastone al capo da uno sconosciuto, che poi tentò di lanciarlo nella Dora Baltea. All'ospedale il Brambilla è stato giudicato guaribile in venti giorni.

In Lettonia, per disposizione dell'autorità sanitaria, sono state uccise parecchie migliaia di cani e di gatti, per lottare contro l'epidemo-epizoozia di rabbia, della quale demmo già notizia.

Gli Stati Uniti contano, in cifra tonda, 140.000 medici e 700.000 persone addette all'assistenza sanitaria e la cui attività professionale è legata a quella dei medici.

Le spese per l'assistenza medica negli Stati Uniti importano 5 miliardi e 200 milioni di dollari, ossia oltre 60 miliardi di lire it.; ai medici ne va il 29 %.

Il chimico tedesco Hermann Huth, che l'anno scorso tornò dall'Amazonia narrando di una grande spedizione scientifica tedesca distrutta, ha fatto ora altre narrazioni drammatiche, dopo essere ricomparso nella stazione della missione Morgan; ma non gli si presta più fede: si crede trattarsi di un esaltato.

A Callander, nell'Ontario (Canadà), è avvenuto il 28 maggio scorso un parto quinquigennino; i bambini — tutti di sesso femminile — erano ancora viventi quando, due mesi dopo (28 luglio), il dott. A. Roy Dafoe scrisse un articolo per darne notizia largamente documentata nel « Journ. Am. Med. Assoc. » (l'articolo è comparso nel fascicolo dell'1 settembre).

Si è spento a 70 anni il prof. CARL OLAF JENSEN, direttore dell'Istituto serologico del Reale Collegio Veterinario di Copenaghen, noto per i suoi studi sui tumori maligni (largamente usati nei laboratori sono il ceppo di carcinoma e il ceppo di sarcoma che recano il suo nome).

A soli 48 anni è deceduto il prof. O. WELTMANN, noto per la reazione che ne porta il nome e per altri contributi alla serologia; negli ultimi tempi aveva sofferto gravemente di reumatismi e di neuriti.

Nel fasc. 37, p. 1467, « Posta degli abbonati », linea 23, aggiungere: Portare a 1000 cmc. con acqua distillata.

## CRONACA EPIDEMIOLOGICA

**Le malattie infettive in Italia.**

**Mese di Febbraio 1934**

| Malattie | 5-11 | | 12-16 | | 19-25 | | 26/2-4/3 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi |
| Morbillo | 271 | 2072 | 270 | 2102 | 278 | 2172 | 310 | 2814 | — | — |
| Scarlattina | 110 | 266 | 128 | 322 | 108 | 27[illegible] | 113 | 265 | — | — |
| Varicella | 106 | 355 | 111 | 304 | 106 | 339 | 123 | 452 | — | — |
| Vaiuolo e Vaiuoloide | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Tifo addominale | 133 | 197 | 133 | 217 | 140 | 215 | 141 | 241 | — | — |
| Difterite e Croup | 323 | 566 | 342 | 615 | 301 | 560 | 298 | 529 | — | — |
| Meningite cerebro-spinale | 10 | 11 | 20 | 22 | 10 | 12 | 10 | 11 | — | — |
| Poliomielite cutanea ac. | 1 | 1 | 5 | 4 | 3 | 3 | 6 | 6 | — | — |
| Encefalite letargica | 2 | 2 | — | — | — | — | 4 | 4 | — | — |
| Dissenteria | 4 | 6 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | — | — |
| Pustola maligna | 12 | 15 | 11 | 14 | 16 | 16 | 7 | 10 | — | — |

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

***Recentissima pubblicazione:***

**Vita più sana e più lunga.** *Libro d'igiene destinato alle persone colte.* Un volume di p. 100. con 8 figure, del prof. dott. E. J. PAMPANA. — Edizioni « Annali d'Igiene ». Prezzo L. 12; per i nostri abbonati L. 10, da inviarsi mediante Vaglia, all'editore Luigi Pozzi, Ufficio Postale Succursale diciotto, Roma.

# Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A POZZI. resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 8 Ottobre 1934 - XII Num. 40

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## LAVORI ORIGINALI

BATTLE CREEK SANITARIUM, MICHIGAN (U. S. A.)

### La secrezione esterna del pancreas e il trattamento del diabete mellito.

EPHRAIM B. BOLDYREFF

L'esistenza di un rapporto tra le funzioni secretive del pancreas e la regolazione del metabolismo dei carboidrati è stata già dimostrata dallo scrivente in scritti anteriori ed è stata anche confermata da altri (1-6). Tale rapporto è maggiormente riconosciuto nel caso della stimolazione della secretina del pancreas (1, 2, 7, 9). L'influenza della secrezione del succo pancreatico sulla glicemia è espressa infatti con queste parole del Gley (8): « La sécrétion endocrine... n'a commencé qu'après que l'exocrine était établie ». Secondo Zunz (9), la secretina abbassa la glicemia nel cane ed il grado di questo effetto è anche in proporzione a quello dell'attività pancreatica. Tuttavia i suddetti ricercatori non apprezzano appieno il vero significato del fenomeno da loro osservato e cercano di spiegare il meccanismo dell'azione dell'ipoglicemia associata con la stimolazione della secretina del pancreas, suggerendo che, oltre al ben conosciuto effetto sulla secrezione del succo pancreatico, vi è anche l'ipoietica stimolazione della secrezione dell'insulina.

Forse Neve (10) fu il primo ad usare con successo l'intero pancreas nel trattamento clinico di un caso di diabete mellito resistente all'insulina. Non avendo infatti ottenuto, mediante somministrazione d'insulina, alcun miglioramento, egli ricorse al pancreas crudo e la glicosuria scomparve per tutto il periodo in cui fu somministrato il pancreas. Dopo circa un mese il paziente era abbastanza migliorato e lasciò l'ospedale.

Gli studi di Iacono (11) sulla secrezione esterna del pancreas nel diabete mellito ed in special modo le ricerche di questo A. sulla diminuzione dell'amilasi e della lipasi del sangue, offrono ulteriori indicazioni sull'uso degli enzimi pancreatici a scopo terapeutico, dandovi una base teorica ben fondata. L'insufficienza della funzione secretiva del pan-

creas nei disordini del processo metabolico dei carboidrati è stato già riportato da vari scrittori e fu recensito dallo scrivente nelle sue pubblicazioni che avevano riferimento con il soggetto in parola (1, 2, 4).

Il rapporto di Burge (12) presenta un altro caso di « insufficienza delle secrezioni interne ed esterne del pancreas ». Egli descrive infatti un caso con sintomi diabetici ben conosciuti (lo zucchero del sangue a 0.255 per cento), nel quale vi era achilia pancreatica. Il paziente reagì favorevolmente al trattamento con l'uso del pancreas crudo, il quale veniva somministrato giornalmente. Quando l'ammalato fu dimesso dall'ospedale, lo zucchero del sangue era di 0.131 per cento. Questi risultati furono ottenuti senza l'uso dell'insulina; più tardi, con l'aiuto dell'insulina, lo zucchero del sangue fu ancora ridotto a circa 0.100 per cento.

Parecchi casi di disturbi del processo metabolico dei carboidrati con decisa insufficienza della funzione secretiva del pancreas, furono anche osservati dallo scrivente. Due di questi casi meritano alcune considerazioni, perchè uno di essi, brevemente riferito nel rapporto dell'A. al XIV Congresso Fisiologico Internazionale in Roma, fu curato con successo mediante lo stesso metodo impiegato da Neve (10) e da Burge (12).

Nel 1931 il medico curante di tali malati aveva consultato lo scrivente, e questi consigliò di esaminare il fluido duodenale, per accertare la presenza degli enzimi pancreatici. Tale esame confermò appieno il sospetto, essendosi trovata una achilia pancreatica quasi completa. Il riscontro di minime traccie di amilasi in entrambi i casi poteva essere attribuito ad altre sorgenti, piuttosto che a quella pancreatica.

*Rapporto del caso.* C. T. O., sesso maschile, 62 anni d'età, peso circa 66 chilogrammi. Diarrea dal 1924. Il 16 agosto 1925 traccia d'acetone riscontrata nell'aria aspirata; zucchero del sangue a digiuno 0,130 per cento. Nel 1926 l'esame radiologico faceva rilevare « un'ombra alla regione della testa del pancreas che rassomigliava molto ad un processo di calcificazione ». Ciononostante, i disturbi gastrici e biliari furono quelli che più richiamavano l'attenzione. Nel 1929 si ottenne qualche sollievo con la somministrazione di acido cloridrico per bocca. Un adenoma tiroideo di carattere non tossico fu scoperto in questo stesso periodo. Dal 1930 principia l'emaciazione. Nel 1931 fu riscontrata presenza di zucchero nell'urina. Curato con l'insulina, il miglioramento fu poco rilevante e l'emaciazione continuò. L'11 agosto 1931 furono somministrate undici unità dà insulina (Lilly), il giorno successivo la prova per la tolleranza dello zucchero fu fatta e diede i seguenti risultati: zucchero iniziale del sangue a digiuno 0,111 per cent.; dopo l'ingestione di cento grammi di glucosio disciolti in duecento grammi d'acqua, il contenuto dello zucchero del sangue fu: nella prima mezz'ora 0,152; un'ora dopo 0,167, due ore dopo 0,213; dopo tre ore 0,238; al termine di quattro ore 0,164 per cento. Il 14 agosto 1931 lo zucchero del sangue a digiuno era di 0,150 per cento.

Fu modificato allora il trattamento e gli estratti pancreatici furono dati oralmente, all'inizio in forma di « triplice forza pancreatica » (Panteric tablets, Parke, Davis & Co), secondariamente sotto forma di pancreas fresco crudo, solo o combinato a somministrazione di bicarbonato di sodio per bocca. Il liquido duodenale ottenuto mediante il tubo a prosciugamento fu esaminato ripetutamente per gli enzimi pancretici e fu trovata completa assenza di enzimi proteolitici e lipolitici, soltanto una traccia di amilase. Ai primi di settembre 1931, l'indagine radiologica dimostrava la presenza d'una pietra nella regione pancreatica, suggestiva d'un calcolo nel dotto di Wirsung (fig. 1). Così la deficienza della secrezione pancreatica fu doppiamente accertata.

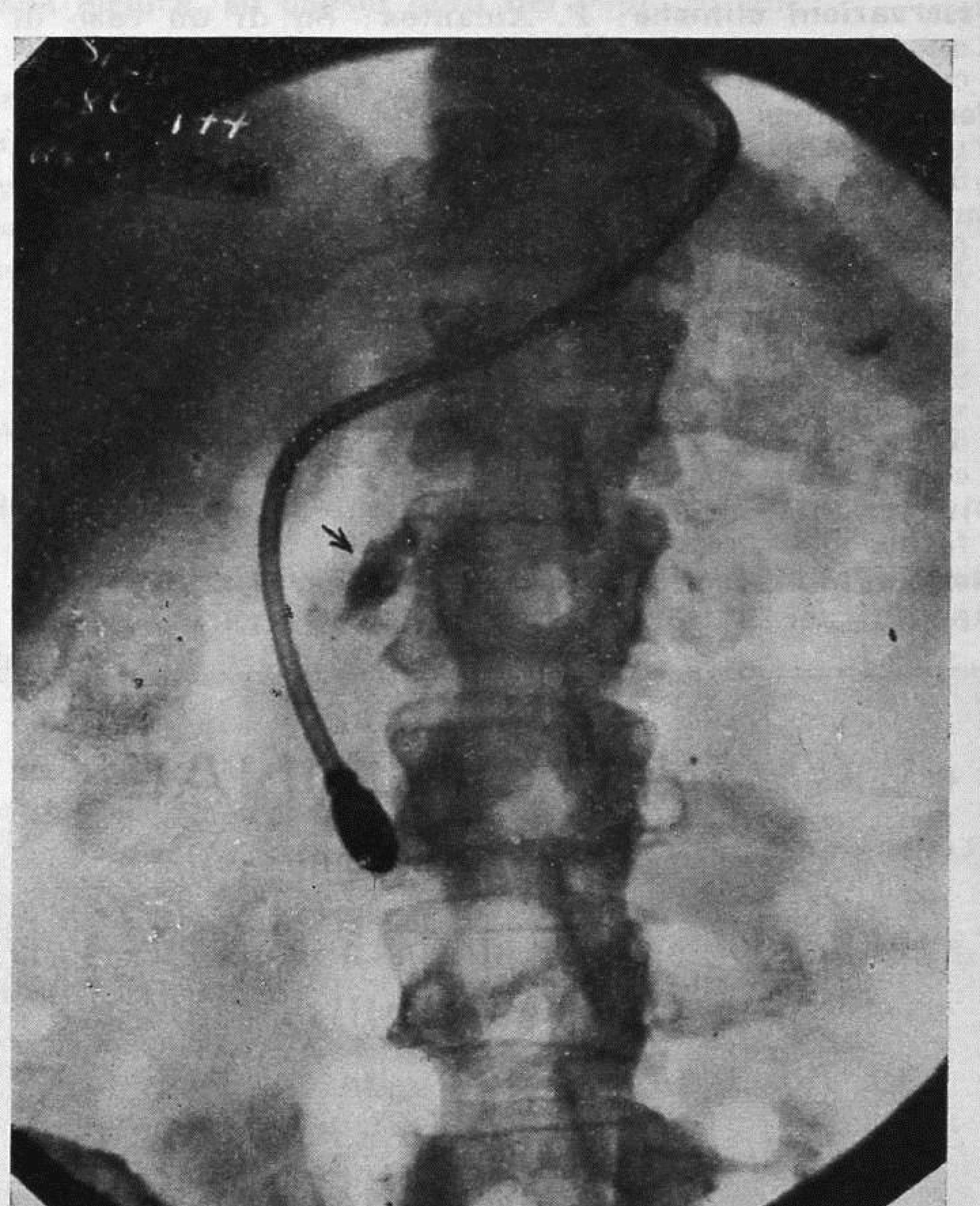


FIG. 1. — Una pietra nella regione pancreatica suggestiva d'un calcolo nel dotto di Wirsung.

La seconda prova di tolleranza del glucosio fu fatta il 2 settembre 1931, e dimostrò un netto miglioramento. La curva glicemica era cambiata infatti da quella tipicamente diabetica in quella quasi normale (fig. 2).

I dati dello zucchero del sangue furono: il sangue all'inizio del digiuno dimostrava 0,100; mezz'ora dopo dalla somministrazione per bocca di cento grammi di glucosio 0,196; alla fine di un'ora 0,213; alla fine di due ore 0,143; alla fine di tre ore 0,091 e alla quarta ora 0,060 per cento (fig. 2). Le condizioni generali dell'ammalato andarono contemporaneamente migliorando, tanto che in questo breve periodo di trattamento

con pancreas fresco, il p. riacquistò 7-8 kg. di peso. Un anno dopo esser stato dimesso dal « Battle Creek Sanitarium », il p. scrisse che se la passava abbastanza bene.

Per l'affinità con il primo caso, vale la pena di citare anche il seguente caso:

J. M. M., di sesso maschile, d'anni 42, peso 63 kg. Lo zucchero del sangue a digiuno oscillava tra 0,170 e 0,290 per cento; presenza di acetone

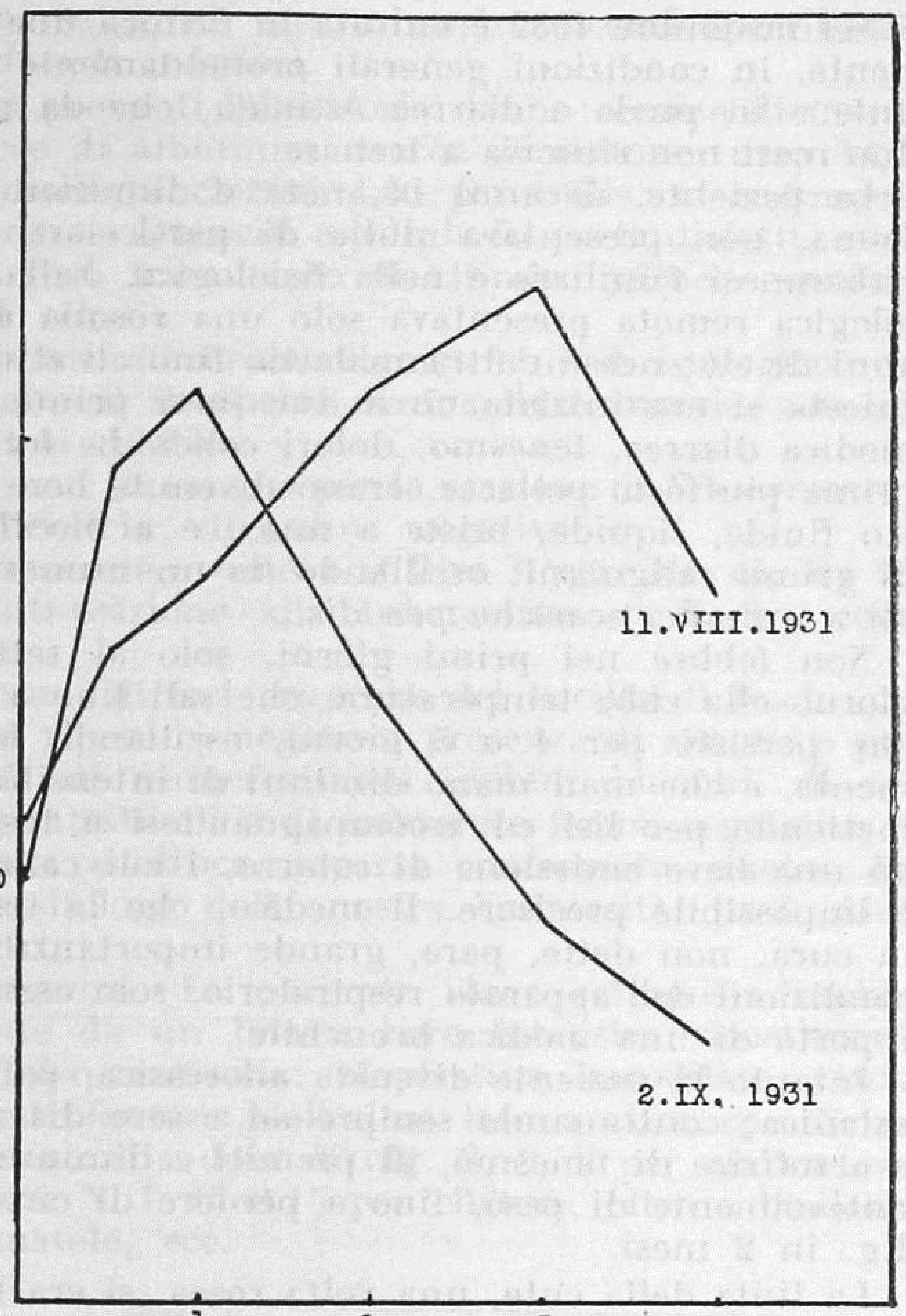



FIG. 2.

nell'aria espirata, glicosuria. L'esame del contenuto duodenale, come nel caso precedente, dimostrava un'achilia pancreatica quasi totale: enzimi proteolitici e lipolitici assenti, soltanto una traccia di enzima amilolitico. I raggi X dimostravano una diffusa calcificazione del pancreas estendentesi attraverso l'intera glandola (fig. 3).

Non è intenzione dello scrivente di rivoluzionare il trattamento del diabete pancreatico, proponendo nuovi metodi; ma tuttavia egli crede che debba essere nuovamente ripresa in considerazione l'opinione secondo cui la funzione secretiva del pancreas e la regolazione del metabolismo dei carboidrati sono da considerare come indipendenti, se non anche antagonistiche (13, 14) fra di loro.

D'altra parte tutte le ricerche dirette a creare un ostacolo alla secrezione naturale del pancreas (legatura massiva del pancreas) non hanno dato buoni risultati, concordando con ciò che l'esperienza clinica aveva dimostrato (15, 17),

Tuttavia il fatto che la secrezione del succo pancreatico è coinvolta in certo qual modo nell'utilizzazione dei carboidrati, va ricevendo più attenzione ed anche coloro che per il passato erano fautori della teoria generalmente accettata dell'indipendenza e dell'antagonismo delle due funzioni pancreatiche, vanno gradatamente modificando le loro vedute (18).

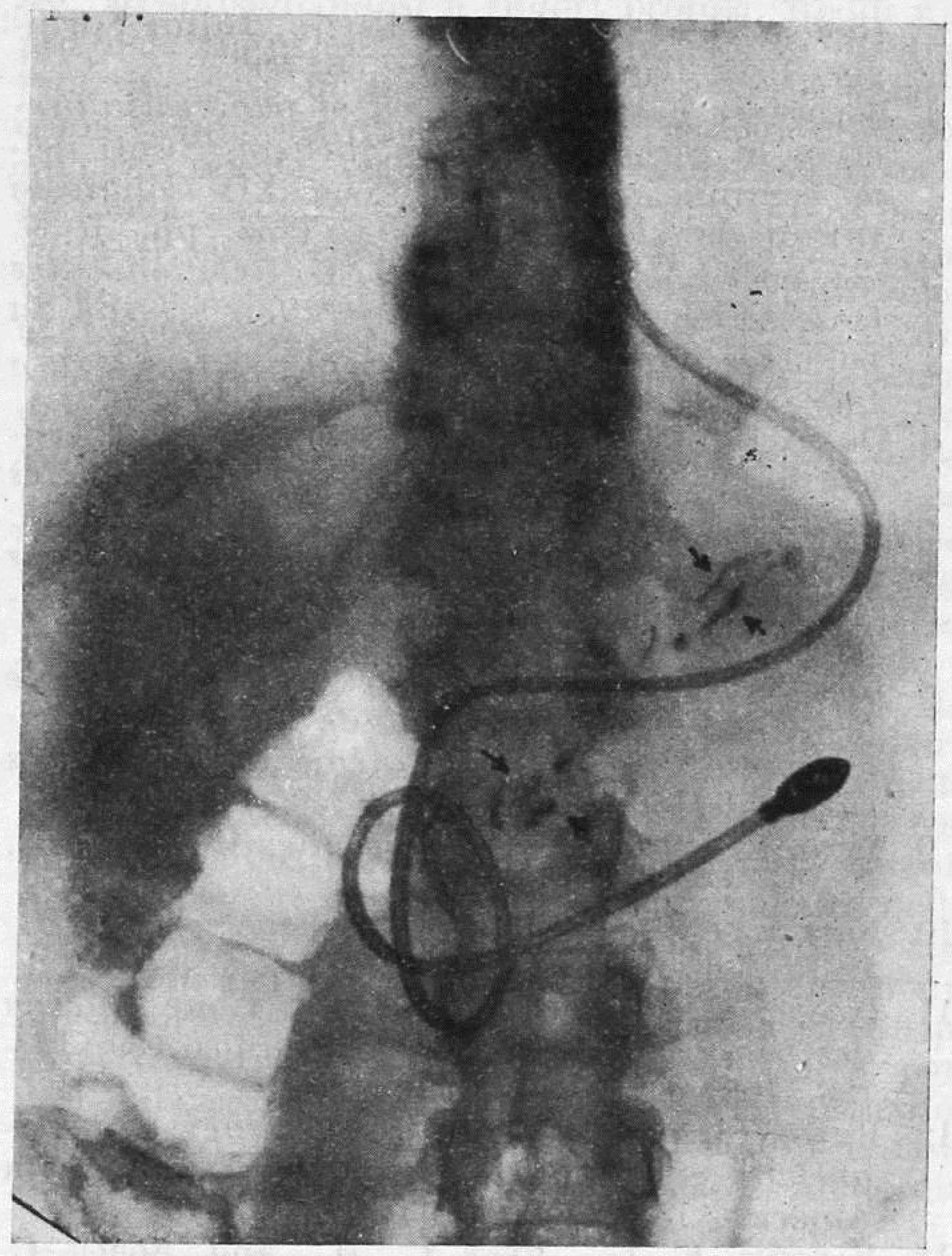


FIG. 3. — Diffusa calcificazione del pancreas

È molto probabile, perciò, che in qualche caso di diabete mellito, particolarmente quando la deficienza pancreatica è di carattere organico piuttosto che funzionale, il trattamento con enzimi pancreatici può essere possibilmente di grande vantaggio.

Lo scrivente desidera di ringraziare il medico curante, Dr. W. Vandervoort, per aver permesso di riferire la storia clinica dei casi; il Dr. B. Whyte, radiologo, per la cortesia di avergli ceduto i roentgenogrammi. Desidera altresì di esprimere la sua gratitudine al Dr. N. A. Ferri di Chicago per la traduzione dello scritto.

## RIASSUNTO.

L'A., dopo aver ricordato i rapporti sicuramente esistenti fra secrezione esterna del pancreas e ricambio dei carboidrati, riferisce due casi di diabete mellito favorevolmente influenzati dal trattamento con estratti pancreatici.

BIBLIOGRAFIA.

1. BOLDYREFF E. B. *Die Secretion des Pankreassaftes - ein glykolytischer Faktor im Blut.* Pfluegers Arch. f. d. ges. Physiol., 218, 553-567, (1927), 1928.
2. ID. *External secretion of the pancreas - a glycolytic factor in the blood.* Battle Creek Sanitar. & Hosp. Clin., 24, 349-367, 1929.
3. BETHE A., v. BERGMANN G., EMBDEN G. und ELLINGER A. *Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie.* Berlin, Julius Springer, 1930, Band 16 (1), pp. 564-566.
4. BOLDYREFF E. B. *New aspect of pancreatic function in carbohydrate metabolism.* Sunti delle comunicazioni scientifiche XIV Congresso Internazionale di Fisiologia, 1932, pp. 37-39.
5. COELHO E. V. et OLIVERIA J. C. *Relation entre la secretion interne et la secretion externe du pancreas.* Compt. rend. Soc. de biol., 98, 477, 1928.
6. OKADA S., IMAZU T., KURAMOCHI K., and TZUKAHARA T. *The pancreatic activity in diabetes mellitus.* Ach. Inter. Med., 42, 560-575, 1928.
7. FREUD J. et SAADI-NAZIM. *Action des injections intra-duodénales d'acide sur la sécrétion interne du pancreas.* Ibidem, 95, 57, 1926.
8. GLEY E. et HAZARD R. *Excitation simultanée de la sécrétion externe et de la sécrétion interne du pancreas, par même excitant après surrénalectomie.* Ibidem, 99, 195-197, 1928.
9. ZUNZ E. *Sécrétion et glycémie.* Ibidem, 102, 339-340, 1929.
10. NEVE E. F. *Raw pancreas in diabetes mellitus.* Brit. Med. Journ., 1, 476, 1926.
11. IACONO G. *Ricerche sulla secrezione esterna del pancreas nel diabete.* Policlinico, 39, 133-136, 1932.
12. BURGE F. V. *Pancreatic insufficiency of internal and external secretions.* Med. Clin. North America, 15, 511-515, 1931.
13. BANTING F. G., BEST C. H., and NOBLE C. *Pancreatic extracts in treatment of diabetes mellitus.* Bull. Battle Creek Sanitar. & Hosp. Clin., 18, 155-170, 1923.
14. RABE F. *Diabetes und Pankreasarbeit.* Mediz. Wchnschrt, 54, 697, 1928.
15. DE TAKATS G. *Correlations of internal and external pancreatic secretions.* Arch. Inter. Med., 19, 771-793, 1929.
16. KOSTER H., COLLINS W. S. and GESHWIN B. S. *Mass ligation of the pancreas near the head in diabetes mellitus.* Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 31, 61-67, 1933.
17. LIVRAGA P. *Effetti della legatura massiva di una parte del pancreas.* Arch. Ist. Biochim. Ital., 3 (4), 391-434, 1931.
18. BEST C. H. *A brief review of certain physiological proreties of insulin.* Canad. Med. Ass. Jour., 23, 141-146, 1930.



# OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal Prof. C. FRUGONI.

## Su di un caso di amebiasi acuta.

Dott. FAUSTO AMANTEA.

Nel novembre 1932 è entrata in Clinica una paziente, in condizioni generali profondamente scadute e in preda a diarrea ostinata, che da circa due mesi non riusciva a frenare.

La paziente, di anni 14, nata e dimorante in Roma, non presentava nulla di particolare nell'anamnesi familiare e nella fisiologica. Nella patologica remota presentava solo una rosolia ad 8 anni di età; nessun'altra malattia fino all'attuale. Questa si era iniziata circa due mesi prima con modica diarrea, tenesmo, dolori colici. Le feci da prima piuttosto poltacee, erano divenute ben presto fluide, liquide, miste a muco e a blocchetti di grumi sanguigni; oscillando da un numero di sei a quindici scariche *pro die*.

Non febbre nei primi giorni, solo al settimo giorno ella ebbe temperatura, che salì fino a 40°, che persistè per 4 o 5 giorni, oscillando fortemente, e che man mano diminuì di intensità, rimettendo per lisi ed accompagnandosi a tosse e ad una lieve emissione di catarro, i cui caratteri è impossibile precisare. Il medico, che la teneva in cura, non dette, pare, grande importanza alle condizioni dell'apparato respiratorio, solo asserì il reperto di una modica bronchite.

Intanto la paziente diveniva anoressica, pallida, astenica; continuando sempre ad essere diarroica e a soffrire di tenesmo, di premiti e diminuendo notevolmente di peso, fino a perdere di circa 10 Kg. in 2 mesi.

La tinta della cute, una volta rosea, si era fatta pallido-terrea, con mucose esangui e l'astenia così profonda, da obbligarla a rimanere gran parte del giorno a letto.

Fu curata con suppositivi, fermenti lattici, disinfettanti intestinali. Dopo un mese dall'inizio della malattia, fu fatto un esame delle feci, che diede esito negativo per ogni specie di protozoo. Continuando la diarrea persistente e ribelle a tutte le cure adoperate, essendo ridotta in condizioni generali molto scadute, le fu consigliato il ricovero in Clinica.

L'*E. O.* praticato all'ingresso in Clinica, dà:

Soggetto di 1ª costituzione, longilineo, defedato: sensorio integro. Cute pallido-terrea, secca, quasi squamosa, sollevabile in grosse pliche. Mucose visibili pallide. Pannicolo adiposo quasi scomparso. Muscoli ipotonici ed ipotrofici. Polso piccolo, frequente, ritmico. Respiro piuttosto frequente. Apiressia. Apparato scheletrico normale; apparato linfo-glandolare normale. A carico del capo nulla di particolare, se non viso affilato, occhi infossati e cerchiati di bruno, sguardo languido. Lingua piuttosto arida; voce fioca, disfonica. Collo sottile, con vene appariscenti e leggermente danzanti. Torace cilindrico: lieve ipofonesi basale destra, nel cui ambito l'espansione è ridotta e si ascoltano scarsi rantoli. Reperto, confermato da radiografia, che ci mostra tale base irregolare, poco mobile, con senso cardio-diaframmatico opacato. Nell'apparato cardio-vascolare notasi solo un soffio anorganico in primo tempo. Addome avvallato, senza reticolo

venoso appariscente, dolente spontaneamente ed alla più lieve pressione, specie nei quadranti inferiori. Non liquido rilevabile con i comuni metodi di indagine. Alla palpazione si nota un colon contratto, spastico e in corrispondenza del sigma-colon un senso di resistenza, come una massa di consistenza duro-elastica, a superficie piuttosto liscia, a contorni sfumati. Organi ipocondriaci: fegato e milza aumentati modicamente di volume; in alto nei limiti, in basso palpabile un dito sotto l'arco, indolenti. Nulla a carico del sistema nervoso, se se ne eccettui una spiccata iperriflessia degli arti inferiori.

Le prove di laboratorio danno: esame di urine: tracce di albumina, tracce di acetone, urea 14,06 per mille e cloruri 4,66 per mille; al sedimento numerosi leucociti e cellule in parte disfatti, qualche raro frammento di cilindro jalino e qualche rara emazia.

Esame emocromocitometrico ed istologico del sangue dà il reperto di una lieve anemia, con linfocitosi relativa.

Esame di sangue per la reazione di Wassermann, di Meinicke, di Kahn: negativo.

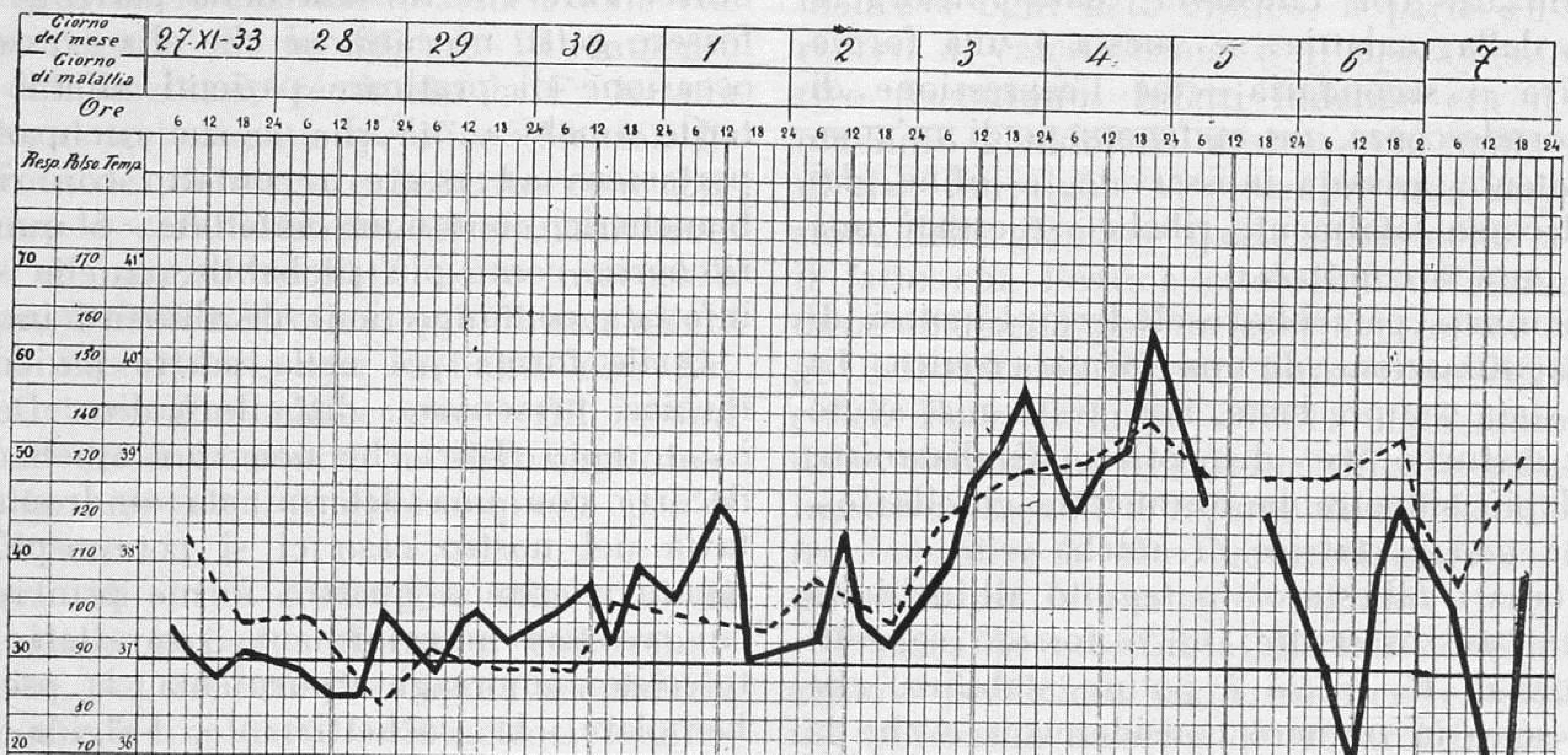
Pressione arteriosa al Riva Rocci: Mn 45, Mx 93.

Cuti-reazione alla tubercolina di Koch: negativa.

Esami di feci: ricerche del bacillo di Koch (più volte ripetuto) negativo, presenza di sangue e presenza di numerosissimi globuli bianchi, di cellule intestinali e di numerose forme vegetative di Ameba istolitica, reperto confermato anche dal parassitologo della nostra Università, prof. Alessandrini.

Degenza: La paziente viene sottoposta rapidamente da un lato a cure intensive ricostituenti e tonico-cardiache: bioplastina, cacodilato, canfora, strofanto e dall'altro lato a cure specifiche: emetina alla dose di ctg. 3, 6, 9 per via endovenosa e N. I. C. 0,15 per clistere, oltre a laudano, dermatolo, ecc.

tica e le mucose delle fauci più aride e screpolate, le si iniziarono subito (quattro giorno dopo l'ingresso) delle fleboclisi glucosate di cc. 300, oltre della natibaina e dell'infuso di ipeca. Tuttavia l'alvo persiste sempre diarroico: ella è sempre come sotto lo stimolo di defecare. Le scariche sono ora scarse con grumi muco-purulenti, di colorito rosso scuro, ora abbondanti come gelatina di prugna, con blocchetti di grumo purulenti. La febbre da prima intermittente diviene, negli ultimi tempi, continua, remittente, oscillando tra 37°,5-38°, accompagnandosi a sudori profusi, freddi e a profonda sonnolenza. La paziente è come disidratata, incapace di qualsiasi sforzo e giace a letto come spenta. In questo periodo, le vien praticata una rettoscopia, che dà il reperto di una vasta e profonda ulcerazione necrotica diffusa qua e là su tutto il sigma-colon esplorato. Si ritiene opportuno praticare un ano preter-naturale e all'uopo si trasferisce la paziente in Clinica Chirurgica, ove viene dal prof. Valdoni praticato il primo tempo dell'atto interventivo. Ma essa vien subito trasferita di nuovo da noi, poichè le condizioni generali della paziente si aggravano al punto, che non si può procedere oltre nell'atto interventivo. Vien colta da brividi di freddo e la temperatura raggiunge rapidamente i 40°,5. Il giorno seguente ha una forte remissione, ma di poi nuovo brivido e nuova ipertermia. Il terzo giorno è apirettica. In questo frattempo si nota all'emitorace di sinistra una ipofonesi spiccata, che raggiunge l'angolo della scapola con riduzione del murmure e del fremito vocale-tattile. All'ascoltazione si nota un soffio leggermente aspirato e in corrispondenza della colonna vertebrale suono ridotto. Per rispetto alle condizioni della paziente non ci è consentito un più accurato esame semiologico; tuttavia vien supposto trattarsi di una affezione pneumonica, con probabile reazione pleurica a carattere purulento. Il decesso improvviso non consentì la toracentesi. La necroscopia, eseguita all'Istituto di Anatomia




E poichè le condizioni generali divengono tuttavia sempre più gravi e il polso si fa sempre più piccolo e molle e la voce sempre più fioca, sì che la parola viene male articolata e la lingua più fuliginosa e coriacea e la pelle più secca e ciano-

Patologica, dal prof. Sotti, dà un reperto di enterite ulcerosa grave, molto estesa del grasso, di cui solo qualche isolotto cencioso di mucosa persisteva; inoltre pleurite purulenta e polmonite basilare.

Il caso su riferito non ha bisogno di grandi commenti dal punto di vista diagnostico e patogenetico; è forse, potrei dire, anche privo di interesse al medico esperimentato: è però degno di esser noto, per la sua rapidità di decorso, per il suo triste esito e per le sue complicazioni.

Si sa come l'infezione d'ameba nelle forme enteriche rivesta molteplici forme, dalle più note, cui si è abituati a conoscerla, alle più atipiche. Sono state descritte infatti forme enterocolitiche, stittiche, diarroiche, gastro-dispeptiche, rettocolitiche, emorragiche, purulente, membranose, sclerosanti, pseudo-tubercolari, pseudo-cancerigne, pseudo-appendicolari, pseudo-tifiche, fino alle anemiche-perniciose, senza voler qui ricordare tutte le altre forme descritte di localizzazioni epatiche, polmonari, cerebrali, ecc. (Pontano, Moretti, Izar, Manthel). In genere essa è un'infezione a decorso cronico, avente periodi alternanti di tregua e di acuzia; ma anche quando è nel periodo di completa remissione, lascia sempre la facoltà di sospettare un processo morboso silente, presentandosi i pazienti per lo più astenici anemizzati o con vaghi disturbi dispettici, colici, spastici. Non sempre però è così, giacchè come è noto, vi sono dei soggetti, che, come i portatori di tifo, hanno un reperto positivo da ameba nelle feci, eppure non soffrono di alcun perturbamento.

Accennato così alle varie forme di amebiasi, per ritornare al nostro caso, noi dovremmo incominciare col chiederci, dato l'insorgere brusco della malattia, se questa è una forma primitiva o secondaria, cioè l'espressione di una recrudescenza, un epifenomeno di un'amebiasi latente, passata inosservata, e infine, dato il decorso fatalmente ribelle, se essa è una forma pura o comitata.

L'anamnesi parrebbe escluderci l'ipotesi di una riacutizzazione di una forma cronica. La p. era stata sempre bene, non aveva mai avuto alcun disturbo nè dispeptico, nè diarroico. Tutt'al più si potrebbe ammettere ch'ella fosse stata una portatrice di ameba.

In Italia e all'estero, in seguito all'inchiesta stabilita ad osservare, se vi fossero soggetti portatori di E. h., si è potuto stabilire, che questi sono in numero considerevole e che la percentuale varia, a secondo le regioni, in cui l'amebiasi è più o meno diffusa (Izar).

E poichè in Roma l'amebiasi non è infrequente, a questa ipotesi nulla si può obbiettare, non avendo noi alcun elemento di giudizio.

Si sa che la caratteristica precipua dei portatori è il silenzio di ogni manifestazione clinica, per quell'equilibrio tra poteri di offesa della E. h. e difensivi del soggetto infetto, umorali e tissurali.

Così è evidente, che dalla anamnesi remota non possiamo dedurre, se ella fosse immune o no. Tuttavia, se ciò non si può escludere, non v'è alcun elemento che possa, come dicevo, provarcelo.

Forma primitiva o epifenomeno di un'infezione latente, ciò che più a noi qui da vicino interessa, è che una volta perturbatosi l'equilibrio esistente tra parassita e portatore, l'insorgenza ne è stata brusca ed il decorso rapido e letale; senza che la malattia intercorrente avesse menomato la resistenza organica della paziente o comunque leso le mucose intestinali, rendendole così più facilmente aggredibili alla E. h., indovata nelle sue pareti e quiescente.

Bisogna convenire, per spiegarci la rapidità del decorso, dato che altri fattori mancano, che oltre la virulenza del protozoo, vi sia stato un favorevole terreno presentato dalla paziente, forse per mancanza di difese organiche locali, come la grande parte degli AA. sostengono, o per essere la forma amebiasica sui primi tempi misconosciuta.

Pertanto, dato che ella mai si era mossa da Roma, ove sì l'E. h. è di facile reperto (statistica di Pontano attesti) noi saremmo più propensi a ritenere ch'ella si fosse infettata due mesi prima dell'inizio della malattia.

Quale ne sia stato il tramite difficile è stabilire. Pare che in casa della paziente non vi fossero gatti, nè cani, nè che ella avesse avuto occasione di praticare pazienti affetti da enterite amebica, nè che le sue occupazioni la portassero ad essere a contatto con rifiuti o biancherie comunque infettate; è quindi da ritenersi, come più probabile, ch'ella si fosse infettata con ingestione di alimenti inquinati.

Quale forma poi nella nostra paziente l'amebiasi presentava, difficile è dire. Del resto è pur noto (Izar) che non vi è amebiasi, che decorra con una determinata sindrome. Tuttavia nel nostro caso ci si poteva più facilmente riferire a quattro forme principali, di cui rivestiva maggiormente i caratteri: la retto-colite emorragica purulenta, la pseudo-tubercolare, la cachettizzante, l'algida. E con queste, più che con altre svariate forme, bisognava porre la diagnosi differenziale. È pur vero che il reperto positivo della E. h. nelle feci, quasi in cultura, poteva a priori farci escludere ogni altra possibilità morbosa; ma la tenacia, la resistenza della forma ad ogni più svariata terapia, anche a dosi le più generose ed associate, la rapida evoluzione, la sindro-

me respiratoria complicativa, come su si è accennato, poteva e doveva porci in sospetto e accettarla solo, dopo avere escluso ogni probabile associazione microbica, la quale avesse potuto conferire alla forma la rapidità del decorso e la refrattarietà ad ogni terapia.

Casi di amebiasi acuta sono stati descritti, ma sono molto rari negli adulti, più frequenti invece essi si presentano nei bambini.

Il caso iperacuto descritto da Bloch, che riveste la forma di un'infezione tifoidea grave, accompagnantesi con emorragie, e quelli di Kelsch e Kinner, che simolano uno stato settico, non hanno il carattere della amebiasi acuta pura, ma di forme miste: amebica e bacillare (specie il Shiga) e non rivestono il carattere dissenteriforme del nostro caso. Tutte le indagini di laboratorio e specie quelle coproscopiche, che ci davano soltanto il reperto di feci diarroiche liquide con presenza di globuli bianchi, di globuli rossi, e solo di E. h. nelle sue forme vegetative, potevano farci escludere l'ipotesi di una forma mista; essendo esclusa così una associazione spirillare, protozoaria o batterica; reperto non infrequente, che può fare assumere a una forma cronica un carattere di acuzie.

Dovevamo quindi chiederci se era una forma comitata o pura.

Come si è visto nelle feci, se se ne eccettui l'E. h. non si ebbe il reperto di altri parassiti intestinali: giarda, tricomonas, balantidium, non batteri patogeni, non bacilli gruppo tifo o paratifo o acido resistenti; associazione che pare sia capace di modificare l'andamento clinico dell'amebiasi, rendendo la E. h. più resistente al trattamento specifico (Manté). Le esplorazioni del chirurgo e la rettoscopia confermavano le caratteristiche ulcerazioni amebiasiche a margini scollati, sotto mucosi e con degenerazione necrotica, quindi non ulcere specifiche tubercolari, non luetiche, non formazioni eterologhe cancerigne. Gli esami di sangue, le emoculture, le siero-agglutinazioni tutte negative, comprese quelle per il Shiga Kruse.

Il referto di urine confacente allo stato di malattia della paziente. L'esame emocromocitometrico, un reperto di anemia secondaria con spiccata leucocitosi (polinucleosi neutrofila) e piastrinosi.

Gli esami segmentari dei singoli organi e sistemi nulla, se se ne eccettui una ipofonesi basale sinistra.

Radiografia toracica: rari fatti di calcificazione, costo-seno-diaframmatico opacato: fatti di nessun grave rilievo. La radiografia del digerente non fu eseguita, per l'evidente ragione di gravità della paziente.

Tuttavia non possiamo dimenticare, che il carcinoma del retto può presentare una sindrome in alcuni momenti del suo decorso, del tutto somigliante alla amebiasi rettocolitica; per il violento tenesmo, per la frequenza delle scariche, per la forma di esse, costituite di scibale fluide, miste a muco e a sangue. I dati anamnestici però, il decorso, l'età, la rettoscopia, ci potevano fare escludere tale supposizione, per quanto la palpazione dolorosa dell'infiltrazione esistente nella fossa iliaca sinistra ci dava una tumefazione, che poteva farcelo sospettare. Non dovevamo obliare la possibilità di una lues del retto per quanto eventualità rara; ma la diversità di decorso e la rettoscopia ce lo escludeva e così la R. W. negativa e così ogni altro segno clinico e anamnestico, che poteva farcela ammettere. Del resto le ulcerazioni luetiche del retto traggono origine o da papule ulcerate o da gomme necrotizzate, forme che sono espressione di impregnazione recente o quasi di lues e che difficilmente non si accompagnano a fenomeni clinici e sierologici che ne rilevano la natura.

Dovevamo prendere in considerazione le forme specifiche tubercolari, per quanto le forme di tubercolosi intestinale siano per lo più secondarie. Tuttavia sono noti i casi di forme primitive; ma come si è visto il reperto dei bacilli di Koch, per quanti esami fossero stati ripetuti, furono sempre negativi. È vero che questi possono mancare; ma nel nostro caso mancava ogni dato clinico, a parte gli scarsi reperti di calcificazione e di opacamento pleurico riscontrato. Infatti indenne era il sistema linfo glandolare, e si sa, che nelle forme di tbc. intestinale vi è sempre una impregnazione delle glandole specie meseraiche; a parte il fatto che l'esame citologico del sangue ci dava una netta polinucleosi neutrofila, in luogo dell'abituale reperto linfocitario degli specifici. Fuor di luogo sarebbe stato ammettere delle ulcerazioni di origine tifica o paratifica, negativo essendo il reperto di tali bacilli nelle feci, negative le sieroagglutinazioni: e così la difterica per le analoghe ragioni.

Esclusa la possibilità di una concomitante anemia perniciosa per i caratteri ematologici, noi potevamo asserire di trovarci in presenza di un caso di amebiasi acuta pura, con localizzazione enterocolitica a carattere emorragico, ad evoluzione ulcero-necrotica, con intossicazione generale, donde la disidratazione, la disfonia, l'algidità.

Casi di amebiasi acuta pura sono stati tuttavia descritti da varii AA. e tra noi, tra gli altri da Maggiore, da Battaglia e dal suo allievo Tarro in occasione di un'infezione epi-

demica, in bambini in gran parte allattanti (da otto giorni a due anni), in cui egli potè alla necroscopia dimostrare, come unica causa di morte, la amebiasi.

Tuttavia anche questi casi di amebiasi infantile si differiscono dal nostro, rivestendo essi, quasi esclusivamente, il carattere di sepsi (Izar).

Ammessa quindi una forma primitiva pura l'acuzia del decorso poteva esserci spiegata dalla presenza della E. h. reperita nelle feci quasi come in cultura, anche dopo clisteri topici di N. I. C. attestando così la grande virulenza e proliferazioni di essa e la mancata resistenza locale; come se la paziente avesse costituito uno dei terreni più favorevoli allo sviluppo di essa, donde l'invasione attraverso le pareti ulcero-necrotizzate nei tessuti vicini, dando così oltre che una rettocolite anche una pericolite plastico-colliquativa e per esse infiltrazioni forse più lontane, metastatizzanti e stato profondamente tossico.

Alla necroscopia fu riscontrata: una enterite ulcerosa grave molto estesa del grasso, di cui solo qualche isolotto cencioso di mucosa persisteva: inoltre pleurite purulenta e polmonite basilare.

È indubbio che la causa di morte nella nostra paziente non fu solo dovuta alla affezione polmonare, ma alla amebiasi stessa, che aveva ridotto l'inferma in istato di vera cachessia marantica. Comunque è qui da chiedersi, se la polmonite e la pleurite furono soltanto un epifenomeno morboso, oppure una forma metastatica della amebiasi. Fu un vero peccato che l'improvvisa fine della paziente, non ci permise di fare la puntura esplorativa in vivo; toracentesi che ci avrebbe potuto chiarire un problema ancora dalla gran parte degli AA. non del tutto accetto. Solo così avremmo potuto conoscere, se la pleurite fosse stata solo di natura amebica o microbica, oppure mista e così anche la polmonite, e se essa infine fosse stata metastatica a questa o viceversa.

È risaputo come la localizzazione della E. h. nell'apparato respiratorio non sia rarissima. Sono state descritte forme bronchitiche, polmonitiche, pleuriche e infine ascessuali colliquative. Difficile è la diagnosi quando ciò non accade in soggetti affetti da evidenti forme cliniche di amebiasi. In genere tale eventualità morbosa sussegue ad epatiti (amebiasiche naturalmente); ma non è da escludersi che possano verificarsi anche in forme acute, ove potrebbe esserci, come una inondazione della E. h., che per via linfatica od ematica (in discussione è ancora il modo di metastatizzarsi di essa) a modo di embolo potrebbe finire nell'apparato respiratorio, ove potrebbe causare dalla semplice forma bronchitica alla colliquazione ascessuale.

Scuderi, della scuola di Izar, ha illustrato un caso di pleurite amebica, di cui ha potuto isolare il parassita, che era l'unico agente morbigeno. Metastasi sono state anche descritte da vari AA. nei più diversi organi ed apparati: genitale, digerente, renale, linfatico, cerebrale ed epatico, metastasi fra tutte la più frequente.

Tuttavia noi nulla possiamo asserire nel nostro caso, mancandoci come si è detto, il reperto biopsico. Possiamo solo ritenere, che ciò sia avvenuto, come un'ipotesi plausibile; ben accertato essendo stato da vari AA. la evenienza di metastasi pleuro-polmonare.

Comunque resta incontrovertibile il fatto che le condizioni della paziente e le lesioni anatomiche enteriche erano tali, che da sole avrebbero potuto determinarne la fine.

Qual'è l'interesse del caso da noi presentato?

Non è la difficoltà diagnostica all'ingresso della p. in clinica, dato il reperto positivo delle feci per la E. h.; pur essendone, come è spesso, sempre in principio ardua la diagnosi e specie allorchè si ha, come nel nostro caso, il reperto delle feci negativo, ma è molto interessante per la rarità, con cui per fortuna la E. h. non si presenta nei nostri climi, in forma così acuta e per la refrattarietà a qualsiasi terapia, dato che ci si trovava in presenza di una forma pura: rarità e resistenza alla terapia ed esito letale pur note agli studiosi nelle forme acute, che nella gran parte però tendono sempre a cronicizzarsi.

Qual'è l'insegnamento? Semplice: pensare sempre, quando si è in presenza di una sindrome dissenterica, anche delle più tenui, alla amebiasi intestinale. Allorchè si è in noi generato il sospetto di essa, anche se l'esame coproscopico risultasse negativo, non perdere un tempo utile; ripetere l'esame più volte e comunque iniziare un trattamento specifico ex-juvantibus, che tranne speciali casi, non può recare alcun danno, anche se il nostro giudizio fosse errato. L'indugiare, l'attendere dal laboratorio il reperto probativo, potrebbe farci perdere un tempo utile a debellare il parassita, quando ancora non si è rotto quell'equlibrio, che come si è detto, esiste tra portatore e protozoo.

Si sa, come la ricerca della E. h. non sia del tutto scevra d'inconvenienti, che possono falsarci il risultato dell'esame: il modo di procurarsi le feci, il modo di conservarle, la con-

fusione tra la E. h. e la E. coli da persona poco sperimentata, la difficoltà di conoscerla, quando a causa del freddo, ha perduto i suoi movimenti pseudopodici o quando si presenta in forma incistata, potrebbe esporsi ad un'attesa vana e quanto mai dannosa al nostro paziente. Infine è degno di ricordo il fatto che anche per la E. h. come per ogni altro parassita, a parte le cause di errori su citate, non ci si può fondare su di un unico esame coproscopico, essendo noto che alcuni esami possono riuscire positivi ed altri no, anche se condotti con tecnica perfetta e praticati da persona esperta.

## RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di amebiasi pura in giovanetta, decorso in forma acuta, ribelle ad ogni terapia, ad esito letale, con probabili metastasi amebiasiche nell'apparato polmonare.

## BIBLIOGRAFIA.

IZAR. *Amebiasi*, 1922.
ID. Minerva Medica, 1933, pag. 314.
ID. Congresso Soc. Ital. di Med. Int., ott. 1932.
PONTANO. Policlinico, Sez. Prat., n. 8, 1924.
ID. Giorn. di Med. Prat., n. 12, 1924.
CASAGRANDI. Boll. R. Acc. Med. Roma, 1924.
SPOLVERINI, La Pediatria, 1922.
S. MAGGIORE. Ibid., 1924.
MORETTI. Congresso Soc. Ital. Med. Interna, 1932.
BENEDETTI. Policlinico, Sez. Prat., 1923, fasc. 46.
FRANCHINI. Ibid., 1923.
FORNARA. Minerva Medica, 1925, pag. 951.
A. CAIN. Le Journal Méd. Franç., n. 2, 1929.
SPANIO. Gazzetta Osped. e Clin., febbraio 1931.
JOUFFARD. Journal d. Prat., 1923.
PETZETAKIS. Bull. des Hôp., pag. 528, 1931.
GREPPI. Boll. Soc. Med. e Chir. Pavia, n. 37, 1924.
ROSSI. Minerva Medica, pag. 217, 1933.

---

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
Direttore: prof. C. LOTTI.

# Su un caso di febbre ghiandolare di Pfeiffer.

Dott. V. PICASSO e Dott. L. DETTORI (1).

È venuto alla nostra osservazione un caso di febbre ghiandolare di Pfeiffer, che riteniamo interessante comunicare.

*Osservazione.* — G. C., di anni 40, da Lari.

Anamnesi: niente di notevole nei precedenti famigliari e personali.

Il 9 febbraio 1934, ebbe improvvisamente brivido intenso durato un'ora circa a cui seguì successivamente elevazione termica fino a 40 gradi e forte mal di gola.

Al giorno seguente dall'inizio di questi sintomi, il paziente notò leggero ingrossamento delle linfoghiandole nelle regioni sopraioidea e parotidea d'ambo i lati, con leggera dolenzia delle medesime. Le tumefazioni ghiandolari andarono nei giorni successivi aumentando rapidamente di volume, tanto da raggiungere nel breve tempo di cinque giorni proporzioni tali da deformare completamente la normale conformazione del collo; la dolenzia inizialmente lieve si fece in questo periodo assai intensa.

Persistendo il mal di gola e la temperatura 39,5-40 gradi, ed essendo comparse anche tumefazioni ghiandolari alle regioni ascellari ed inguinali, difficoltà alla deglutizione, irrequietezza generale e qualche colpo di tosse, entrò nel nostro Istituto per le ricerche del caso.

Esame obiettivo: uomo di buona costituzione fisica; struttura scheletrica regolare; masse muscolari toniche e trofiche; pannicolo adiposo sufficiente; colorito della cute e delle mucose visibili roseo; decubito indifferente; psiche e sensorio integri; respirazioni 23; pulsazioni 86, polso ritmico regolare; temperatura 38,5.

Niente di notevole al capo, agli occhi ed alla faccia.

Bocca: rima orale simmetrica e sinergica; la lingua sporge diritta dalle arcate alveolari, è intensamente arrossata e presenta un processo di esfoliazione su tutta la superficie dorsale; si notano anche piccoli solchi ricoperti da una leggera patina grigiastra. Le tonsille fortemente arrossate mostrano zaffi muco-purulenti in corrispondenza delle cripte. La faringe è anche essa intensamente arrossata e presenta una spiccata ipertrofia degli elementi linfatici.

Collo: fortemente deformato nelle regioni sopraioidea e parotidea d'ambo le parti da sporgenze rotondeggianti dolenti e fortemente dolorabili, di consistenza dura, non aderenti alla cute nè ai piani sottostanti. Leggermente ingrossate si presentano anche le linfoghiandole laterocervicali profonde e quelle delle regioni sopraclavicolari.

Niente di notevole alla tiroide e ai grossi vasi; trofismo e motilità dei muscoli normali.

Torace: bene conformato; le due metà si espandono ugualmente bene nelle profonde inspirazioni; le linfoghiandole ascellari si presentano bilateralmente assai ingrossate.

Niente di notevole all'esame clinico metodico ed all'esame radiologico dell'apparato circolatorio e respiratorio.

Addome: alvo e minzione regolari; l'addome di aspetto normale, non è dolente nè dolorabile; è ben trattabile, e non si avvertono masse nè liquidi in cavità. Alle regioni inguinali le linfoghiandole si apprezzano leggermente ingrossate.

Fegato appena palpabile sotto l'arcata costale nelle profonde inspirazioni; ingrandita la milza, il cui estremo inferiore si apprezza almeno due dita trasverse debordante dall'arcata costale; l'estremo superiore si fissa colla percussione al bordo superiore della IX costa sull'ascellare media; posteriormente, sulla paravertebrale sinistra, giunge all'XI costa.

All'esame delle orine, risulta una modica albuminuria (0,40 ‰), con presenza nel sedimento

(1) Gli autori hanno parte uguale nella esecuzione del lavoro.

di rari globuli rossi e bianchi e di scarsi cilindri ialini. Si osservano anche tracce di urobilina. Il potere di concentrazione del rene è ben conservato.

Urea nel sangue gr. 0,50 ‰.

Emocultura, sierodiagnosi e Wassermann negative.

Esame dell'essudato faringeo: flora varia senza particolari caratteristiche.

Pressione vasale: Mx. 130, Mn. 80.

Decorso: durante i primi quattro giorni di degenza nel nostro Istituto, la temperatura febbrile si mantenne alta e continua 38,5-40; le tumefazioni ghiandolari, sempre dolenti e dolorabili, raggiunsero il massimo del loro ingrossamento, rimanendo però sempre libere e di consistenza dura; le condizioni flogistiche a carico della mucosa buccale, della lingua, tonsille e faringe si mantennero costanti. Il malato era piuttosto soporoso; la deglutizione era così dolorosa che non solo impediva al malato l'ingestione dei solidi, ma rendeva oltremodo difficile l'ingestione dei liquidi.

Nei giorni successivi la febbre andò progressivamente diminuendo finchè verso il decimo giorno circa il malato era completamente afebbrile. Degno di nota fu il comportamento delle tumefazioni ghiandolari; queste che nel periodo stazionario della febbre raggiunsero il massimo del loro ingrossamento, andarono assai rapidamente diminuendo di grossezza colla lisi febbrile, ma anche dopo la completa scomparsa della temperatura, rimasero ancora leggermente tumefatte. Così anche si ebbe un forte miglioramento a carico della flogosi delle mucose. La milza pure andò gradatamente diminuendo di volume, pur mantenendosi ancora palpabile nelle profonde inspirazioni.

Fu solo dopo venti giorni circa che le tumefazioni ghiandolari e la flogosi a carico delle mucose scomparvero completamente. La milza non era più palpabile. Il malato si rimise in breve e ritornò a casa completamente guarito.

Abbiamo tralasciato appositamente di parlare dei reperti ematologici ottenuti durante il decorso della malattia, perchè per la loro importanza meritano di essere considerati a sè.

Il sangue, quotidianamente esaminato, dette i seguenti risultati:

21-II-1934: globuli rossi 4.400.000; globuli bianchi 20.000; Hb. 57 %; valore globulare 0,64; piastrine 297.600; tempo di emorragia 2' 1/2; tempo di coagulazione 12'; buona retrazione del coagulo, non dissolvimento di esso; prove del laccio, martello ed alone emorragico negative.

L'esame istologico, mentre non rileva niente di notevole a carico della serie rossa, permette di confermare la più che modica leucocitosi; tra gli elementi bianchi si osservano molti elementi giovani della serie linfocitica (linfoblasti, prolinfociti); la percentuale tra le varie forme leucocitarie è la seguente: neutrofili 18; basofili ed eosinofili 0; linfociti 58; prolinfociti 20; linfoblasti 4; monociti 0.

Questo reperto assai spiccato al primo esame, tanto da dare l'impressione di una forma leucemica per la prevalenza di elementi immaturi, si è mantenuto pressochè costante durante il periodo stazionario della malattia.

In un secondo periodo, e cioè, quando la temperatura, la flogosi a carico delle mucose e l'ingorgo ghiandolare, entrarono nel periodo regressivo, si assistè alla rapida e progressiva diminuzione del numero dei leucociti che scesero da 20.000 a 11.500 e quindi a 9.000; alla scomparsa delle forme immature ed all'aumento dei granulociti, che salirono al 50 % dal 18 % iniziale. Comparve infine un certo numero di monociti che fino allora erano stati assenti.

In un ultimo tempo quando il malato era già afebbrile, con scomparsa della flogosi a carico delle mucose e pur persistendo ancora un leggero ingrossamento delle linfoghiandole al collo e all'ascella; abbiamo visto il ritorno alla norma dei linfociti, un aumento ancora maggiore dei granulociti ed un ritorno alla loro percentuale normale dei monociti.

In questa nostra osservazione, il modo d'insorgere della malattia: acutamente con febbre alta a 40 gradi, angina e tumefazioni ghiandolari; l'esame obiettivo negativo per i diversi apparecchi e positivo soltanto per i fatti anginosi e per le tumefazioni ghiandolari; l'aumento di volume della milza; il decorso nettamente benigno, con esito in rapida guarigione; il reperto ematologico ed il suo normalizzarsi col regredire degli ingrossamenti ghiandolari; la mancanza di manifestazioni emorragiche; sono tutti dati più che sufficienti per poter affermare la diagnosi di febbre ghiandolare di Pfeiffer (varietà linfocitica, tipo-anginoso).

La febbre ghiandolare di Pfeiffer, malattia non frequente, anche oggi non è completamente nota in ogni sua parte.

Si tratta di malattia febbrile, che si svolge sporadica od in epidemie famigliari, avente come sintomatologia essenziale, oltre la febbre a cui non di rado si accompagna angina, la tumefazione più o meno marcata delle linfoghiandole cervicali e della milza ed un decorso benigno. Molto interessanti sono i reperti ematologici studiati per primo da Turk (1907) e su cui torneremo.

La malattia di solito si osserva in primavera e autunno sotto forma di piccole epidemie famigliari, più raramente in forma sporadica. Colpisce di preferenza i ragazzi nell'età del gioco (nei primi dieci anni di vita), più raramente gli adulti; pur non potendosi affermare una prevalenza per l'uno o per l'altro sesso durante le epidemie, nei casi sporadici si è osservato che il più colpito è il sesso maschile.

Già Pfeiffer nella sua prima descrizione (1869) fece menzione di epidemie famigliari; Blechmann nel 1919 raccolse 125 osservazioni sporadici od in epidemie famigliari; gli autori americani descrivono grandi epidemie: 300 casi a New Yersey nel 1925, 100 casi a New York nel 1926; Glanzmann nel 1929 osservò 70 casi sporadici e 20 epidemie famigliari con 50 casi, dove contemporaneamente, oppure l'uno

dopo l'altro, erano stati colpiti bambini e adulti; Schulz dopo l'osservazione fatta di alcuni casi sporadici nel 1932, descrive una epidemia di 100 casi osservati in Allestein dal maggio al luglio 1933; Schittenhelm racconta di un maestro che infettò tutta la scolaresca; altri autori infine descrivono la malattia nelle scuole e nei collegi, dove aveva colpito anche gli adulti.

L'eziologia è ancora ignota. Si tratta di un agente infettivo, che come vedremo ha un particolare tropismo per il sistema linfatico; ma tutti i tentativi di ben definirlo sono stati fino ad oggi infruttuosi, nonostante siano stati isolati e coltivati dagli essudati anginosi e dalle linfoghiandole stesse, cocchi vari, b. di Plaut Vincent.

Le vie d'ingresso del virus sono rappresentate dalle fauci e dal naso, pur non potendosi escludere altre vie. Dal punto di entrata, il virus avendo una particolare affinità per il tessuto linfatico, raggiunge subito il gruppo ghiandolare più vicino e da qui si diffonde attraverso le vie linfatiche.

Sulla natura delle modificazioni ghiandolari molto si è discusso: Nocécourt non sa definirle; Leenhardt le considera come una adenite banale; Sprunt e Evans le chiamano mononucleosi infettive; Tidy, Morlay, Longscope e Hischopo le considerano come una malattia specifica con formula sanguigna ove predominano i mononucleari; Tandis e Comby parlano di streptococcemia benigna; Gautier dice trattarsi di una malattia simile alla scarlattina; Chevallier le chiama adenolinfoidite acuta benigna; infine è stata anche chiamata leucemia nonucleosi; Glanzmann parla di febbre ghiandolare linfoemoide; Wendt di linfoadenosi benigna; infine è stata anche chiamata luecemia benigna. Gli autori anglo-sassoni, non considerandole come una infezione generale del sistema linfatico, le chiamano angina con reazione linfatica, oppure angina monocitica di Schultz (ora angina monocellulare). Sorge quindi il dubbio se la così detta angina monocitica e la febbre ghiandolare, siano da considerarsi come due modi diversi di decorrere della stessa malattia o se invece si tratta di due diverse entità morbose.

Schwart sostiene che il reperto ematologico conferma il quesito che si tratta di due modi diversi di decorrere dello stesso processo morboso, ed a conferma di ciò riporta il fatto che anche nelle così dette angine monocitiche, talvolta compare milza ed ingrossamenti ghiandolari prima ancora che compaia l'angina. Dello stesso parere è anche Schulz, il quale dopo gli studi fatti durante una epidemia avvenuta dal maggio al luglio 1933 in Allestein conclude: « siccome il complesso dei sintomi clinici in ambedue le forme morbose è quasi uguale, ritengo l'angina monocitica una varietà della febbre ghiandolare di Pfeiffer, e perciò è più che giustificata la scelta di una stessa denominazione ».

Bilancioni, nel suo trattato di otorino-laringoiatria pur chiamando angina monocitica o linfocitica, parla di un quadro clinico che corrisponde esattamente a quello della febbre ghiandolare di Pfeiffer, e riporta un reperto ematologico, in cui alcune volte predominano i così detti grossi linfociti degli americani, in altri i giovani linfotici di Friedmann.

D'altra parte, gli autori e trattatisti moderni non fanno più distinzione di forma morbosa, ma soltanto di reperto ematico, così Di Guglielmo, parlando del quadro ematico della febbre ghiandolare, dice: « aumento relativo e assoluto degli agranulociti, i quali in alcuni casi sono prevalentemente della serie linfocitica, in altri della serie monocitica ».

Non si tratta, dunque, di una predisposizione linfatica: stato linfatico, abito astenico, stato timo-linfatico, perchè questi malati dopo la guarigione reagiscono a uno stimolo aspecifico con neutrofilia come qualsiasi altro malato; ma di un processo generalizzato a carattere infettivo che darebbe queste reazioni ghiandolari, il quale sebbene nel maggior numero dei casi si accompagna ad angina manifesta, in altri invece a compartecipazione infiammatoria delle fauci è debole, in altri infine mancano del tutto i fatti anginosi; questi ultimi casi son noti sotto il nome di mononucleosi infettive.

Dato il decorso benigno della malattia, rari sono i reperti anatomici, ad ogni modo lo studio istologico dei pochi casi osservati (biopsia) dimostra una reazione linfatica iperplastica aspecifica, con notevole quantità di eosinofili e plasmacellule nei gangli linfatici tumefatti (linfoadenite iperplastica e catarro dei seni). Questo reperto si trova generalmente in tutte le reazioni linfatiche banali.

Interessanti sono le modificazioni del sangue studiate da Turk nel 1907. Il reperto tipico del quadro ematico, che si riscontra solamente dopo le manifestazioni ghiandolari dà: aumento dei globuli bianchi a 15,000 - 40,000 per millimetro cubico, con neutropenia (riduzione dei neutrofili fino al 10-20%), e aumento relativo e assoluto degli agranulotici sino oltre il 90 %, i quali in alcuni casi sono a carico dei linfociti (piccoli e grandi linfociti, prolin-

fociti, linfoblasti); in altri a carico dei monociti, (monociti, monoblasti); compaiono anche cellule di Turk, cellule di Rieder e plasmacellule.

Clinicamente il quadro morboso è assai ben definito, pur presentando all'inizio qualche difficoltà diagnostica. Non è facile precisare il periodo d'incubazione; secondo Schulz esso non può durare più di una settimana, secondo Di Guglielmo da una a tre settimane.

Ad esso segue un periodo prodromico senza fenomeni caratteristici: stanchezza, sonnolenza (adulti) umore cattivo, indolenza (bambini) anoressia, malessere generale. cefalea e qualche volta anche dolori addominali. Talora dei sudori profusi accompagnano questo periodo, la cui durata varia da 2 a 4 settimane.

La febbre può insorgere improvvisamente con brivido, raggiungendo 39-40 gradi, e con una durata variabile che va da due a quindici giorni; il ritorno alla norma avviene per lisi; potendovi osservare dopo 15-24 giorni di apiressia, la comparsa di nuovi periodi febbrili passeggeri. Sono stati descritti anche dei casi a decorso sub-febbrile e afebbrile.

Durante questo periodo o prevalgono i sintomi generali consistenti inizialmente in iperemia congiuntivale, epistassi, vomito e a cui si associano tumore di milza e scarsa tumefazione ghiandolare (tipo setticemico); o prevalgono i sintomi di localizzazione, che hanno permesso agli autori di descrivere vari tipi della malattia: ad esempio, un tipo anginoso (il più frequente) caratterizzato da angina ed ingorghi ghiandolari precoci e notevoli al collo; un tipo faringeo, e toracico con tosse stizzosa e dolori retrosternali; infine un tipo addominale, con sede del dolore prevalentemente ombellicale, diarrea e tumefazione prevalente dei gangli mesenterici e inguinali.

I casi in cui i fenomeni anginosi dominano il quadro morboso, sono i più frequenti. La faringe e gli archi palatini sono iperemici; le tonsille, fortemente iperemiche sono aumentate di volume ed in parte edematose. Esse appaiono liscie, disepitelizzate per cui assumono un caratteristico splendore, non presentano follicoli suppurati nè ulcerazioni in superficie, a meno che non si abbia un'infezione secondaria da parte di altri germi.

Nel nostro caso esisteva anche una glossite desquamativa ed un intenso arrossamento di tutta la mucosa buccale.

L'ingrossamento ghiandolare può essere unilaterale (raro), ed in questo caso è a sinistra, forse si tratta di casi in cui il virus, trasportato attraverso il dotto toracico, raggiunge per primo il gruppo ghiandolare della fossa sopraclavicolare di sinistra. È assai difficile trovare una tumefazione ghiandolare generalizzata, essendo di solito le ghiandole colpite a gruppi.

I gruppi maggiormente colpiti di solito sono quelli del collo e della faringe; seguono in ordine decrescente quelli dell'ascella, inguine, mandibola e addominali; raramente ingrossate sono le linfoghiandole retrosternali, della nuca e del margine posteriore dello sternocleidomastoideo.

La tumefazione delle ghiandole linfatiche di solito è graduale, giungendo però al suo massimo nel breve tempo di pochi giorni. La regressione invece si compie assai più lentamente ed in genere va da quattro a più settimane. Le ghiandole sono dolenti spontaneamente ed alla pressione.

Nel maggior numero dei casi la milza è più o meno notevolmente ingrandita, è liscia e dura, con margini rotondi ed è generalmente indolente.

Il tumore di milza compare qualche giorno dopo dal rialzo termico e rimane apprezzabile, spesse volte, molto tempo dopo la scomparsa di esso. Raro è trovare un voluminoso tumore di milza, si tratta di solito di forme serie, con febbre alta e più protratta e con maggiore tumefazione delle ghiandole linfatiche.

I moderni trattatisti parlano anche di una leggera epatomegalia; secondo Schulz però, questo reperto si troverebbe solamente nei casi più seri. Il rene è costantemente preso, però la lesione renale ha una prognosi quasi sempre buona, e di solito si dilegua pochi giorni dopo la scomparsa dei sintomi.

Niente di notevole si osserva a carico del numero e della forma dei globuli rossi, come anche a carico delle piastrine e dell'emoglobina; non si osservano manifestazioni emorragiche.

Rare sono le complicazioni, e queste possono essere rappresentate o da alterazioni epatiche (itterizia), o da suppurazione 6-8 % secondo Blechmann.

La prognosi è buona; infatti tutti i casi descritti sono guariti, e nessun caso di morte si riscontra nella letteratura.

***

Sebbene non pochi siano i casi di febbre ghiandolare di Pfeiffer già descritti nella letteratura medica, pure abbiamo creduto opportuno comunicare per consiglio del nostro maestro Prof. Lotti, il caso da noi osservato nel nostro Istituto di Patologia Medica nel feb-

braio 1934; perchè a quanto ci consta, da noi e specialmente nella provincia di Pisa ed in Toscana, si tratta di forma non nota su cui mancano pubblicazioni, e perchè d'altronde, data la sintomatologia clinica d'inizio e dati i reperti del sangue, questa forma può far nascere il sospetto di una leucemia acuta, di cui secondo Schwart manca un segno certo che serva a distinguerla.

Molti sono infatti, e giustamente, gli autori che considerano la febbre ghiandolare nel gruppo delle malattie leucemoidi; e questo perchè le alterazioni che compaiono nel quadro ematico e negli organi ematopoietici, la fanno somigliare alle forme atipiche di leucemia. Altri autori invece, la chiamano addirittura leucemia benigna, benchè si possa ormai quasi confermare, che nei casi di febbre ghiandolare di Pfeiffer, abbiamo da fare con stati eccitatori funzionali degli organi ematopoietici, i quali possono, per la loro intensità e non abituale reazione, far pensare ad una vera e propria forma di leucemia acuta.

Contrariamente però alle vere leucemie, nella febbre ghiandolare mancano le alterazioni vascolari e le manifestazioni emorragiche; la prognosi poi è completamente diversa, in quanto la guarigione è propria della febbre ghiandolare di Pfeiffer e non delle leucemie.

## RIASSUNTO.

Gli AA. descrivono un caso di febbre ghiandolare di Pfeiffer in un adulto (forma sporadica — tipo anginoso — varietà linfocitica).

## BIBLIOGRAFIA.


G. Arnone. *Le alterazioni degli elementi figurati del sangue nelle infezioni febbrili.* Ann. di Clin. Med., III, 1912, p. 169, 465; Ann. di Clin. Med., IV, 1913, p. 67, 231.

Bass M. H. & Hermann H. *Infectious mononucleosis in Childhood.* Med. Clin. of North America (Philadelphia), 1925, IX, p. 589-599.

Baumann E. P. *Glandular fever.* South African Med. Journ., Cape Town, 1913, XI, p. 303-306.

Baumgarten E. C. *The surgical signifiance of acute glandular fever.* Journ. of Michigan Med. Society, 1925, XXIV, p. 243-245.

H. Becker. *Contribution clinique à la fièvre ganglionnaire.* München. med. Woch., n. 38, 1931, t. LXXVIII.

A. Bernard, M. Verbruge et E. Bernard. *La fièvre ganglionnaire.* J. des sc. méd. de Lille, 6 nov. 1932.

Bezançon & Labbé. *Le sang dans le maladies.* Arch. Gén. de Méd., 2, s., VII, 1902, p. 737.

G. Bilancioni. Manuale di oto-rino-laringoiatria, vol. II, p. 1.

G. Blechmann. *La fièvre ganglionnaire.* La Médecine, août 1929.

Id. *Le problème de la fièvre ganglionnaire.* Concours Médical, n. 10 bis, 13 mars 1929, p. 816.

G. Blechmann, J. Toupet & R. Kohn. *Le problème de la fièvre ganglionnaire, sa forme familiaire.* Bul. et mém. de la Soc. de méd. de Paris, séance du 13 Janvier 1933, n. 1.

Bloomfield A. L. *Glandular fever.* Progrès Médicol (Philadelphia), 1924, I, p. 171-175.

Bonnaud. *Contributo à l'étude de la fièvre ganglionnaire.* Thèse de Bordeaux, 1927-28, n. 28.

Brewer. *Fièvre glandulaire.* Brit. Med. J., n. 3146, 15 avril, 1921, p. 582-83.

Carlson G. W., Brooks E. H. & Marschall V. F. *Acute glandular fever; a recent epidemic; report of cases.* Wisconsin Med. Journal (Milwaukee), 1926. XXV, p. 176-78.

Chapman P. D. H. *A case of infectious mononucleosis.* Lancet, 1923, I, p. 434.

Comby. *La fièvre ganglionnaire.* Paris Méd., n. 44, nov. 1928.

Creack. *Un cas de mononucleose infectieuse (fièvre glandulaire).* British Med. Journ., n. 3761, 4 feb. 1933.

Dick W. *Glandular fever.* Brit. Med. Journ., 1921, I, p. 546.

Feldstein. *Qu'est-ce-que la fièvre ganglionnaire?* Courrier méd., n. 45, 6 nov. 1932.

Funk E. H. *Glandular fever.* Progrès Méd. (Philadelphia), 1924, II, p. 371-374.

Gautier P. *La fièvre ganglionnaire et ses complications rénales.* Rev. Méd. de la Suisse Romande, Genève, 1926, XLVI, p. 190.

Hislp J. G. *Infectious mononucleosis of glandular fever.* Med. Journ. of Australia (Sidney), 1925, II. p. 557.

Jamison S. C. *Glandular fever.* New Orleans Med. & Surg. Journal, 1922-1923, LXXV, p. 346-350.

Jakobsohn. *La fièvre ganglionnaire lymphatique.* Med. Klin., n. 31, 31 lug. 1931.

Leask J. *Glandular fever.* Brit. Med. Journ., 1921, I, p. 703.

Lehndorff. *Clinique de la fièvre ganglionnaire.* Klin. Woch., XI, n. 44, 29 ott. 1932.

Morley E. B. *Glandular fever.* Brit. Med. Journ., 1921, I, p. 452-56.

N. De Sanctis. *Di un probabile caso di febbre ganglionare.* Med. Prat., Napoli, CLIX, 1922, p. 432.

De Sanctis N. *Di un probabile caso di febbre ganglionare di Pfeiffer in un adulto.* Med. Prat., Napoli, 1922, VII, p. 334-340.

Schultz. *Une épidémie de fièvre ganglionnaire de Pfeiffer.* Münch. med. Woch., n. 46, 17 nov. 1933.

Id. *Fièvre glandulaire de Pfeiffer et angine lymphocytique.* Klin. Woch., n. 47, 1932, p. 2193.

Schwartz. *Febbre ghiandolare ed angina con reazione linfocitaria, angina monocitica.* Wiener Arch. für innere Medizin, Bd. 19, Heft 2.

Stalberg J. *Glandular fever and influenza.* Med. Journ. & Record, New York, 1924, CXIX, p. 76-82.

Telling W. H. M. *Glandular fever.* Brit. Med. Journ., London, 1921, I, p. 509.

Tidy H. L. *Glandular fever and infective mononucleosis.* Proceed. of Roy. Soc. of Medic., London, 1922-23, XVI, p. 70-72.

Van Dusen C. A. *Glandular fever.* Journ. of Michigan Med. Society, 1923, XXII, p. 271.

Wendt H. *Ueber benique Lynphoadenosen.* Medizinische Kl., n. 44, p. 1583, 30 ott. 1931.

# TECNICA CHIRURGICA

## Su un artifizio di tecnica per l'estrazione degli aghi ritenuti in alcune parti del corpo.

Dott. EMANUELE SCAVO.

II NOTA.

A complemento di quanto ebbi occasione di dire in proposito, su questo giornale (n. 21, 1934), credo opportuno riferire un caso capitato alla mia osservazione in questi ultimi giorni.

Devo il caso alla cortesia del dott. De Bernardi che il 13-VI-34 mi inviò il sig. Ar. Giuseppe, di anni 45, da Gardone Val Trompia, meccanico, che dal 10-V-34 riteneva nella massa glutea destra un ago lungo cm. 4 spezzatosi durante una iniezione intramuscolare. Un tentativo di estrazione fu fatto da un chirurgo, il giorno stesso dell'incidente, con una incisione longitudinale passante per il punto di penetrazione dell'ago. La ricerca, durata circa

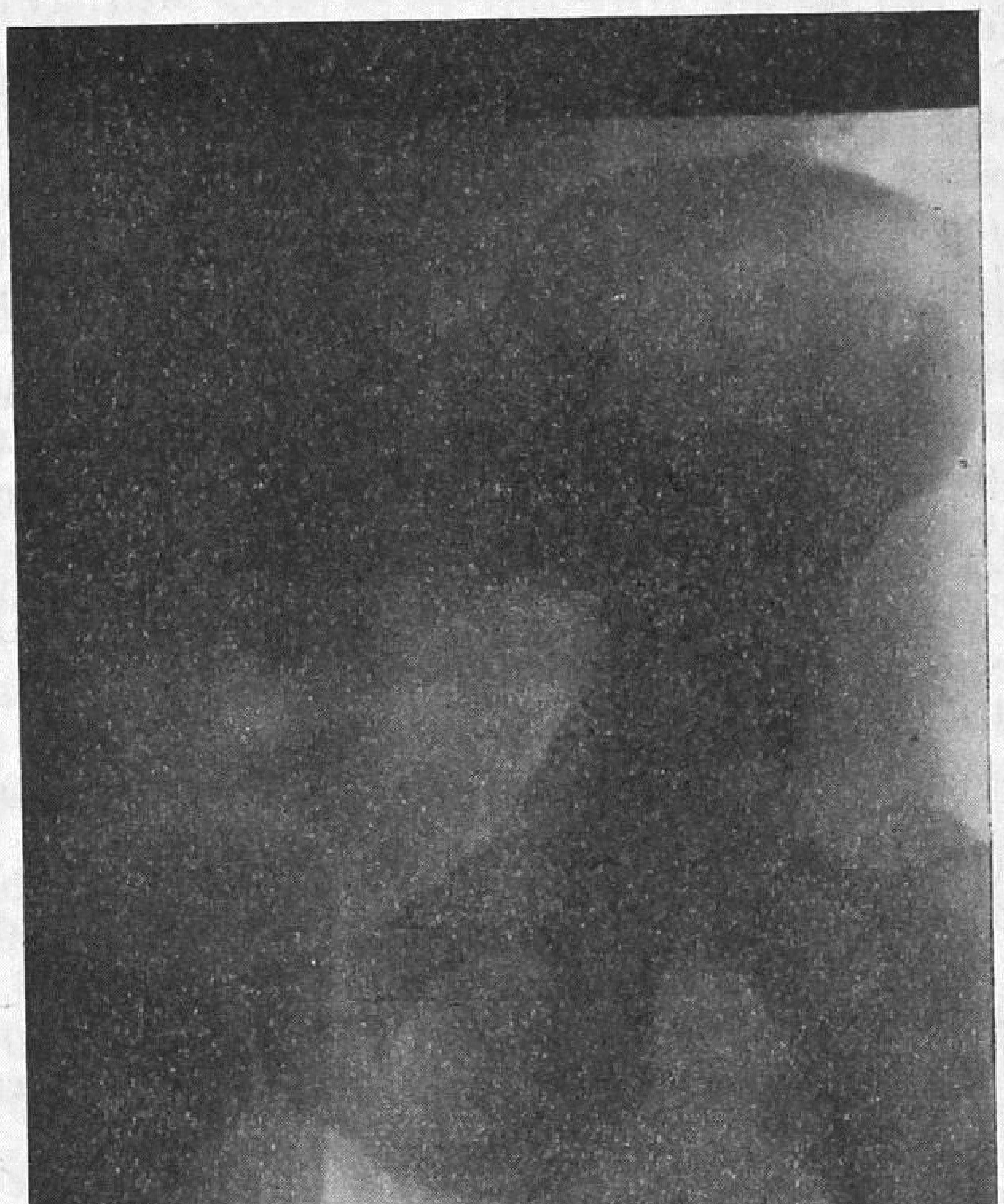


FIG. 1.

due ore, non approdò a nessun risultato. La ferita fu suturata e guarì per prima.

Il paziente non accusava nessun disturbo, ma la nozione della presenza di un corpo estraneo in una natica, lo teneva in uno stato di nervosismo che turbava profondamente la sua vita. Egli perciò esigeva che l'ago fosse estratto.

Io ho eseguito la ricerca, lo stesso giorno, nel gabinetto radiologico del dott. N. Faberi che ringrazio ancora una volta per la gentile collaborazione.

All'indagine radioscopica più accurata non fu possibile veder l'ago. Eseguito un radiogramma (fig. 1) nella stessa posizione e proiezione della radioscopia (ventro-dorsale), stabilimmo che l'ago era diretto presso a poco secondo il decorso delle fibre del muscolo piriforme, sporgeva colla sua estremità puntuta nella grande incisura ischiatica per circa 1 centimetro e si trovava 0,5 cm. al di sotto della parte più alta dell'arco della grande incisura stessa, aveva cioè presso a poco il decorso della linea ileo-trocanterica superiore. Fissati questi punti di repere, procedemmo ad un nuovo esame radioscopico, ma la speranza di vedere l'ago attraverso lo schermo rimase ancora delusa. Quindi, sulla sola guida dell'immagine del contorno osseo, infissi nella profondità dei tessuti due aghi trequarti di Laborde muniti di mandrino, in maniera che si incrociassero in un punto della linea ileo-trocanterica in cui presumibilmente doveva trovarsi l'ago. Praticata la prima infissione l'immagine venne fissata in un radiogramma (fig. 2) che dimostra che l'incrocio degli aghi avveniva circa 2 cm. più in basso dell'ago ritenuto. Cercai di correggere modificando solo l'inclinazione dell'ago superiore e controllai con un altro radiogramma (fig. 3) dal quale risulta che l'ago si trovava poco meno di 1 cm. più in alto del punto d'incrocio dei due infissi.



FIG. 2.

Non ritenni opportuno correggere fino ad ottenere la coincidenza del punto d'incrocio dei trequarti con l'asse dell'ago e passai senz'altro a determinare in quale dei quattro angoli, formati nella profondità dei tessuti degli aghi infissi, si trovava quello incluso. Il radiogramma laterale (fig. 4) dimostra che esso era compreso nell'angolo a base interna e vertice nel punto d'incrocio dei due infissi, a circa 8 cm. di profondità.

Se si fosse trattato di altra regione avrei modificato l'inclinazione degli aghi fino a includere quello ricercato nell'angolo a base esterna, ma la particolare delicatezza della regione, ricca di elementi anatomici, vascolari e nervosi, importanti, mi ha consigliato a contentarmi del risultato ot-

tenuto, evitando il pericolo di ledere una delle arterie glutee o di ferire lo sciatico. Gli elementi in mio potere erano, del resto, tali da permettere una

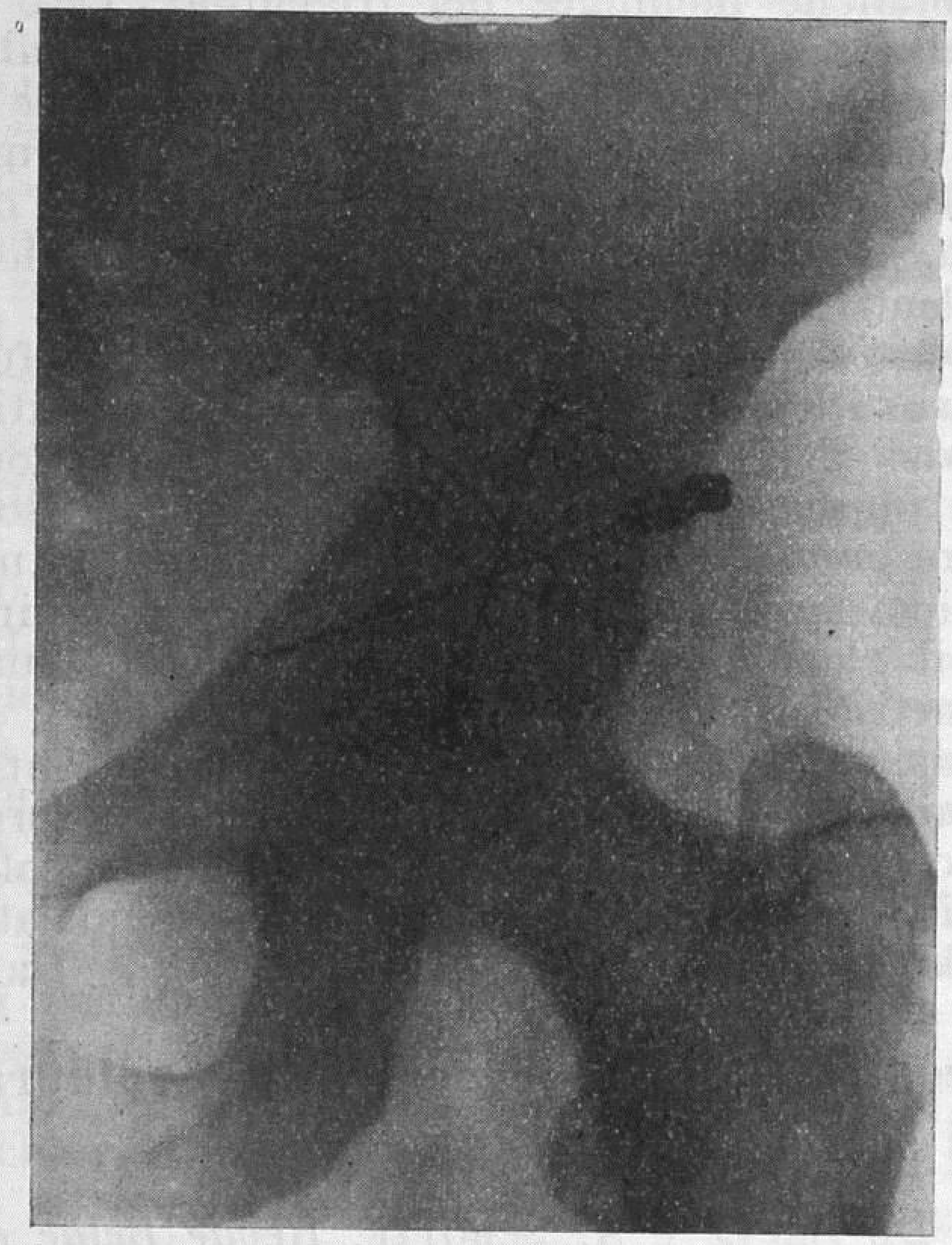


FIG. 3.

localizzazione quasi precisa. Passai quindi senz'altro all'estrazione.

Anestesia locale (novocaina 1 %). Incisione rettilinea di 10 cm. che decorre parallelamente alla linea che unisce i due aghi infissi, circa un centimetro all'interno di essa. L'incisione risulta leggermente obliqua dall'esterno all'interno e interseca le linee ileo-trocanteriche. Si incidono cute,

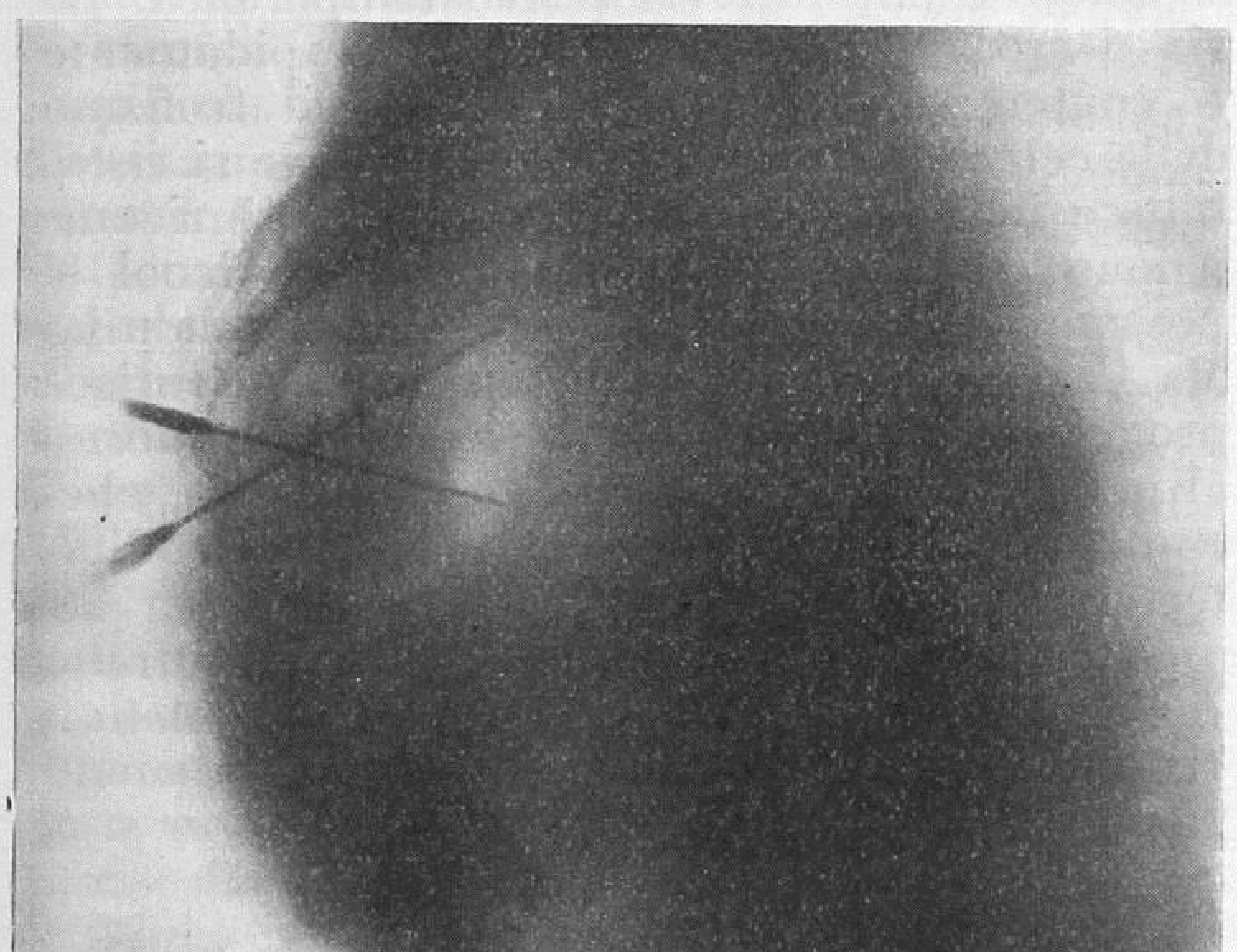


FIG. 4.

connettivo sottocutaneo e fasci del muscolo grande gluteo fino al connettivo sottogluteo, indi col dito si sente il punto d'incrocio dei 2 aghi e si segue nel suo percorso in alto, per circa 2 cm., l'ago infisso inferiore che in un punto deve intersecare quello incluso. Si incidono alcune fibre del muscolo piriforme e sotto l'indice si apprezza l'ago che viene estratto. Si completa l'emostasi e si sutura in due piani. Guarigione per prima.

Ho voluto esporre questo caso in quanto mi è sembrato uno dei più difficoltosi che si possano incontrare. Il corpo estraneo si trovava infatti ad una profondità di circa 8 cm., tra i fasci del muscolo piriforme, in prossimità di elementi anatomici da rispettare e, quel che più importa, *era invisibile radioscopicamente*.

Una localizzazione topografica con radiogrammi in pose ortogonali avrebbe forse permessa l'estrazione ma dopo un intervento certamente indaginoso. Il piccolo artifizio delle infissioni, che unisce ai vantaggi del metodo topografico di localizzazione i pregi dei metodi geometrici, mi ha condotto ad un ottimo risultato con rapidità e sicurezza.

RIASSUNTO.

L'A. espone un caso di ritenzione di frammento di ago nella massa del muscolo piriforme e la tecnica seguita per la localizzazione e l'estrazione.

Roma, giugno 1934.

# SUNTI E RASSEGNE

## SISTEMA NERVOSO.

### La cefalea di origine oculare.

(A. GRIFFITH. *British Medical Journal*, 18 agosto 1934).

La cefalea di origine oculare è di solito frontale o sopraorbitale (è accusata come un dolore sopra gli occhi), più raramente occipitale o temporale, quasi mai localizzata al vertice.

Generalmente si manifesta nel pomeriggio o di sera, alla fine della giornata lavorativa, qualche volta al mattino seguente ma in tal caso essa si inizia certamente di notte e non è avvertita perchè è leggera e perchè il soggetto dorme. In alcuni casi si ha alla fine della settimana quando il soggetto si concede il riposo.

Quantunque il dolore possa irradiarsi lungo una delle branche del trigemino, tuttavia la causa iniziale risiede nella contrazione muscolare: muscoli ciliari, muscoli esterni dell'occhio, muscolo occipito-frontale.

Non è dubbio che la contrazione del muscolo ciliare può riuscire dolorosa: l'instillazione di una goccia d'eserina può produrre un dolore molto forte tale da causare nausea.

Il caso più semplice è quello degli ipermetropi che per lavorare da vicino devono tenere in continua contrazione il muscolo ciliare. Dopo qualche po' questo si stanca, la vista diventa variabile ed i caratteri tipografici sono

visti ora chiari ora confusi. Il paziente può trovare sollievo sospendendo il lavoro e guardando fisso in lontananza. Più spesso egli trova che avvicinando gli occhi e quindi ottenendo immagini retiniche più grandi può continuare a lavorare con minore sforzo mentale malgrado la confusione della visione. Ma tutto ciò si ottiene a spesa dell'accomodazione e della convergenza: si stabilisce così un circolo vizioso con la produzione di cefalea e di paralisi dell'accomodazione. Quando il grado dell'ipermetropia è diverso nei due occhi le cose si aggravano perchè oltre allo sforzo di accomodazione per vedere più chiaramente c'è lo sforzo per accomodare in vario modo i due occhi.

Nell'astigmatismo il processo è ancora più complesso. Quando esso è grave i muscoli ciliari possono fare poco o nulla per correggerlo, e allora non c'è sforzo visivo e non c'è cefalea. Ma quando l'astigmatismo è leggero o moderato i muscoli ciliari si contraggono irregolarmente, più in un lato e meno in altro, per produrre un astigmatismo della lente in senso opposto e quindi compensatorio di quello della cornea. Lo sforzo pertanto è considerevole e si produce una cefalea intensa.

La cefalea da sforzo dei muscoli iridei si ha quando gli occhi passano rapidamente e frequentemente dalla luce all'oscuro e viceversa. È questa la patogenesi della così detta « cefalea da cinematografo ». Lo schermo passa rapidamente da una luminosità abbagliante a tonalità di luce molto basse: ciò provoca rapidi restringimenti e dilatazioni delle pupille con la conseguente stanchezza dei muscoli iridei.

La mancanza di equilibrio nella forza dei muscoli esterni dell'occhio può anche essa essere causa di cefalea, in quanto per compensare questo squilibrio si fanno sforzi di accomodazione e di convergenza. Queste si esercitano sopra tutto nella visione da vicino, cioè quando si lavora. I movimenti di elevazione ed abbassamento degli occhi sono compiuti in conseguenza di un meccanismo molto più complesso di quello necessario per i movimenti laterali ed è forse perciò che l'eteroforia verticale, quantunque meno comune, dà più frequente cefalea ed altre sofferenze. L'applicazione di prismi in molti casi corregge il difetto.

In molti casi la stanchezza visiva induce il paziente a stringere le palpebre. Talvolta fanno ciò i miopi per ridurre i circoli di diffusione e vedere più nettamente, ma in altri casi è proprio lo sforzo di adattamento che fa contrarre anche il muscolo *orbicularis*.

I muscoli frontali sono inseriti nella palpebra superiore da una parte e dall'altra alla fascia epicranica alla quale s'inserisce il muscolo occipitale. Il giuoco di contrazione e decontrazione del muscolo frontale produce in senso inverso gli stessi fatti nel muscolo occipitale la cui stanchezza provoca la cefalea. Questa però non è la sola nè la più comune forma di cefalea occipitale, che di solito è in relazione ad alterazioni dei vasi meningei e modificazioni della pressione endocranica, fatti che eccitano le branche meningee del trigemino. Però la cefalea occipitale di origine oculare sembra nettamente localizzata al muscolo occipitale ed è alleviata dalla pressione esercitata sul muscolo stesso. È questa una forma di cefalea che è la più facilmente curata con l'applicazione di lenti adatte.

Oltre a queste cefalee dipendenti da fatti funzionali inerenti per lo più allo sforzo correttivo di vizî di refrazione o di squilibrio nella forza dei muscoli oculomotori esterni. si possono avere gravi forme di cefalee dipendenti da malattie vere e proprie degli occhi. come l'irite ed il glaucoma, o di malattie generali, come la nefrite, i tumori cerebraÎi ed iperpiesi, accompagnate da alterazioni molto importanti e significative del fondo oculare. Queste forme di cefalea hanno caratteri proprî e particolari e si curano con il trattamento della malattia dalla quale dipendono. DR.

## Alcoolizzazione paravertebrale, epidurale e solare per le cure delle algie.

(F. DE BEULE e A. SCHOTTE. *Revue Belge des Sciences Médicales*, maggio 1934).

L'alcool brucia le fibre nervose e la lesione periferica determina nelle cellule di origine un processo di cromolisi con la conseguente perdita della capacità funzionale che per le cellule sensitive si traduce con l'incapacità di trasmettere le eccitazioni esercitate sui cilindrassi corrispondenti. Si ha quindi la scomparsa delle crisi dolorose che tuttavia è solo temporanea. La via nervosa periferica si rigenera rapidamente e contemporaneamente si ripara il trofismo della cellula di origine, la cui funzione si ristabilisce in pieno. Le crisi dolorose così ricompaiono. Mediante nuove iniezioni di alcool si possono determinare nuovi periodi di accalmia. Ma l'azione delle iniezioni ripetute si esaurisce progressivamente, perchè l'alcool crea intorno al nervo una guaina di tessuto cicatriziale, che, come una vera barriera isolante, impedisce l'ulteriore impregnazione delle fibre nervose.

Si è perciò ricorso all'alcoolizzazione diretta delle cellule nervose, che vengono così definitivamente lese senza possibilità di rigenerazione. Tale metodo è stato adoperato con successo nella cura della neuralgia facciale con l'alcoolizzazione del ganglio di Gasser.

Tra i due punti estremi, nervi periferici o gangli di origine, è forse preferibile scegliere un terzo metodo: fare agire l'alcool sul punto di emergenza del nervo in prossimità del ganglio, sia alla faccia laterale del rachide, a livello del foro di coniugazione, sia più in dentro nello spazio epidurale,

L'iniezione all'uscita del foro di coniugazione è divenuta di pratica corrente da che si è volgarizzata l'anestesia paravertebrale.

L'alcoolizzazione paravertebrale ha un'efficacia presso che sicura nelle neuralgie intercostali. Solo nei casi gravi a forma recidivante si deve ricorrere alla sezione della via nervosa all'interno del ganglio intervertebrale. Questa sezione intragangliοnare è l'equivalente della neurotomia retrogasseriana, che nella cura della neuralgia del trigemino è forse sempre preferibile all'alcoolizzazione.

L'alcoolizzazione paravertebrale corrisponde molto bene nelle neuralgie intercostali di origine tossica e quelle che accompagnano o seguono l'*herpes zoster*. Invece nelle neuralgie legate a processi pleurici (specie al cancro), alle deformazioni del rachide (mal di Pott, scoliosi), alle stenosi dei fori di coniugazione (periostite ossificante, tumori ossei) non si ha alcun vantaggio. In tali casi giova ricorrere alla neurotomia intragangliοnare, che dà eccellenti risultati.

L'iniezione epidurale si fa attraverso l'*hiatus* sacro-coccigeo. Il liquido iniettato penetra con facilità quasi senza bisogno di spinta (è questo il criterio di avere introdotto l'ago nel punto giusto) e imbeve il tessuto cellulo-adiposo che riempie lo spazio epidurale e quindi anche i tronchi nervosi che vi si trovano inglobati. Venti centimetri cubici di liquido sono più che sufficienti a riempire il canale sacrale fino in alto verso il segmento lombare.

Le iniezioni epidurali di alcool vanno adoperate sopra tutto contro le sofferenze intollerabili provocate dai cancri del collo uterino e del retto inoperabili o recidivati. Il malato è posto coricato in posizione genu-pettorale con le ginocchia fortemente spinte sul corpo in modo da far ben risaltare la regione sacrale. Si ricerca accuratamente con l'indice sinistro la piccola depressione triangolare formata dal divaricamento delle due corna sacrali e, dopo avere infiltrato la pelle ed il tessuto cellulare sottocutaneo con novocaina, si spinge obliquamente nella profondità un ago molto grosso, che convenientemente diretto, penetra senza difficoltà attraverso il foro sacro-coccigeo, L'ago, attraversato il foro, non incontra più difficoltà e può essere approfondito per cinque cm. nel canale sacrale. Si comincia con l'iniettare lentamente 20 cmc. di soluzione di percaina all'1 ‰. Quindi, sempre tenendo l'ago in posto, si fa coricare il malato sul ventre e si attende una diecina di minuti in modo che tutti i tronchi sacrali siano impregnati di liquido anestesico. Dopo di che si fa seguire un'iniezione molto lenta di 20 cmc. di alcool a 92°. In buon numero di casi il dolore scompare completamente, in altri è alleviato, solo pochi non sono influenzati. Quando si ha solo alleviamento si può ripetere l'iniezione in capo a tre o quattro giorni: l'effetto calmante dura settimane ed anche mesi. Occorrendo si può ripetere il trattamento. Talvolta si ha un lieve grado di paresi vescicale che scompare dopo qualche giorno.

Nei casi gravi che non si avvantaggiano dell'alcoolizzazione epidurale si può praticare la resezione del nervo presacrale o della catena simpatica lombare. Alla cordotomia, o sezione intrarachidea dei cordoni antero-laterali del midollo, ossia delle vie principali della sensibilità dolorosa, si ricorre come *extrema ratio* nei dolori atroci dipendenti dalla compressione o infiltrazione del plesso solare in certe forme di cancro dello stomaco, del fegato e delle vie biliari. Ma questo metodo dà poche soddisfazioni, giova meglio l'alcoolizzazione del plesso sacrale con la medesima tecnica dell'anestesia splancnica per via paravertebrale. Il malato è coricato sul fianco sinistro ripiegato in modo da incurvare fortemente il dorso. Si punge con un ago lungo a sette cm. dalla linea mediana a contatto del margine inferiore dell'ultima costola. L'ago è spinto obliquamente in avanti, in dentro e leggermente in alto in modo da andare ad urtare nella profondità la faccia laterale dell'ultima vertebra dorsale. Poi la punta scivola a poco a poco in fuori fino ad abbandonare l'osso e si spinge ancora per due cm.; si trova allora in buona posizione nel tessuto cellulare retroperitoneale. Si pratica una iniezione lenta di 20 cmc. di percaina all'1 ‰ e dopo dieci minuti una medesima quantità di alcool a 92°. Le medesime iniezioni si praticano a sinistra dopo aver fatto coricare il malato sul fianco destro. L'effetto calmante è notevole e dura talvolta fino alla morte: pazienti che avevano bisogno di forti dosi di morfina migliorarono fino al punto da farne a meno del tutto.

L'alcoolizzazione intrarachidea delle radici nervose si esegue sopra tutto nella cura della sciatica secondo il metodo di Dogliotti. Si pratica una puntura lombare in posizione laterale e quindi si inietta goccia a goccia un cmc. di alcool a 92°. Questo essendo più leggero del liquido cefalo-rachidiano, risale e tocca esclusivamente le radici superiori. Perciò il malato deve essere coricato sul lato opposto a quello dal quale soffre, e perchè siano solo le radici posteriori ad essere toccate dall'alcool la posizione del paziente non deve essere solo laterale ma un po' inclinato in avanti verso il ventre (posizioni ventro-laterale come per gli interventi sul rene). L'impregnazione delle radici posteriori provoca un senso di calore molto forte nel loro dominio di innervazione periferica, il che consente di determinare le posizioni di declività o proclività utili e convenienti. Il metodo ha qualche inconveniente: dopo la alcoolizzazione si possono stabilire zone più o meno estese e persistenti di ipo- o anestesie e se sono toccate dall'alcool le radici motorie si possono avere paresi o vere paralisi più o meno estese a tipo tronculare. Perciò il metodo deve eseguirsi con grande prudenza e tentato solo quando sono riusciti vani gli altri metodi curativi. Al riguardo è a notare come siano rari i casi di sciatica idiopatica, anche inveterata, che resistano alle iniezioni epidurali ripetute di percaina, dopo blocco preventivo dello spazio mediante iniezione di aria.

DR.

## L'emorragia subaracnoidea in pratica.

(J. N. GALE. *The Lancet*, 11 agosto 1934).

L'emorragia subaracnoidea è una condizione che va riconosciuta al domicilio stesso del malato, senza bisogno di inviarlo all'ospedale; una diagnosi errata può causare la morte del paziente, mentre un trattamento adatto ed istituito in tempo può dare la guarigione completa, poichè la sostanza cerebrale non è compromessa.

Per emorragia subaracnoidea spontanea si intende un'emorragia fra l'aracnoide e la pia madre non provocata da trauma di sorta. Si può avere nei giovani, per aneurisma congenito o difetti nelle pareti vasali e nelle persone anziane per malattie o degenerazioni delle arterie.

### LA DIAGNOSI.

Il paziente avverte subitamente un forte dolore di capo e si accorge che qualche cosa si è rotto in testa; barcolla e può anche cadere in stato di incoscienza per breve tempo. La cefalea è intensa sull'area occipitale e, più raramente, sulla frontale; vi è rigidità del collo e generalmente fotofobia.

La comparsa improvvisa di cefalea, con vertigine transitoria, rigidità del collo e fotofobia indica la necessità di una puntura lombare come la presenza di un'ematuria indica quella di una cistoscopia.

Alla fotofobia, l'A. annette grande importanza, mentre altri che si sono occupati della questione non l'hanno nemmeno menzionata; l'A. l'ha osservata in tutti i casi ed è logico che così sia, in quanto che essa, come la rigidità del collo, dipende dall'irritazione da parte del sangue stravasato.

Altri segni dovuti alla stessa causa sono: il Kernig, dolori al corpo ed agli arti (per la stimolazione delle radici dei nervi), albuminuria massiva (irritazione del pavimento del IV ventricolo) e febbre (37°,3-37°,8).

La cefalea occipitale è probabilmente dovuta all'aumento di pressione endocranica e viene generalmente alleviata con la puntura lombare. Gli altri sintomi di aumento di pressione o di irritazione cerebrale possono essere seguiti da coma e da morte.

In quasi tutti i casi, si ha la *sindrome di Korsakoff*, più o meno accentuata. Essa può aversi nella polineurite alcoolica, in condizioni cerebrali infettive, nella demenza paralitica, demenza senile, contusione cerebrale, ma non nell'emorragia cerebrale. In tutte queste altre condizioni, la prognosi è infausta, non così quando tale sindrome è dovuta all'emorragia subaracnoidea.

In parecchi casi, sono menzionati l'edema della papilla e l'emorragia del fondo oculare; l'A. non li ha mai osservati.

Tali segni e sintomi corroborano l'indicazione per la puntura lombare, data dalla manifestazione della cefalea improvvisa con fotofobia e rigidità del collo; in presenza di questi, non vi è bisogno di attendere altro per completare la diagnosi. Il liquor va ricevuto in due o tre tubi sterili, poichè l'eventuale lesione di un vaso durante la puntura può dare sangue nel primo tubo e non negli altri, mentre nell'emorragia subaracnoidea il sangue si ha in tutti i tubi. Il colore può variare dal roseo al rosso puro.

Con questi caratteri, è facile la distinzione con la meningite o la polioencefalite. Nell'encefalite letargica emorragica, la storia è diversa, la temperatura è più elevata e continua; l'assenza dei riflessi addominali può aiutare a differenziare la condizione. Impossibile, se non all'autopsia, è invece la diagnosi di un'emorragia subaracnoidea rapidamente fatale con l'emorragia cerebrale rotta nel ventricolo o nello spazio subaracnoideo.

### LA PROGNOSI.

Esclusi i casi in cui la lacerazione dell'arteria è notevole ed il paziente muore in poche ore, la prognsi è diversa nei vecchi (emorragia da arteriosclerosi) che nei giovani; nei primi la mortalità è doppia.

Di notevole importanza per la prognosi è la pressione sanguigna, generalmente poco considerata. Nei casi in cui essa non è elevata (giovani) la prognosi immediata è relativamente buona, pure essendovi talvolta tendenza alle ricadute; in un caso non terminato con la morte, si sono avuti 5-6 attacchi a ripetizione. È sempre utile fare la Wassermann (arterite sifilitica).

Nel gruppo delle persone anziane, con o senza pressione elevata, la prognosi non è altrettanto buona, poichè la fragilità delle pareti vasali è generamente progressiva, mentre la pressione elevata le sottopone ad uno sforzo notevole. In generale, la presenza di una pressione oltre i 200 è di cattivo significato.

### LA TERAPIA.

Deve rivolgersi a quattro fattori:

1) *Pressione sanguigna.* Generalmente aumentata, salvo un primo momento durante il collasso. Il paziente va tenuto in perfetto riposo a letto, con il collo non piegato e senza legami che lo stringano. Basta una lieve pressione sulla giugulare per dare subito un aumento di pressione endocranica. Fatta la diagnosi ed estratto il liquor, se questo non è a pressione assai alta, è consigliabile un salasso abbondante a cui l'A. ricorre sempre in questi casi, come nell'emorragia cerebrale, trascurando le obbiezioni teoriche.

Della massima importanza è l'assoluto riposo in letto, che va considerato ugualmente necessario come nella tromboflebite o dopo la miocardite difterica.

2) *Riparazione delle pareti vasali.* Sono consigliabili le iniezioni di preparati che favoriscono la coagulazione del sangue.

3) *Pressione del liquor*. Si devono considerare due stadî. Nel primo, quando l'emorragia è in atto, l'aumento di pressione endocranica è una condizione favorevole, poichè tende a ridurre l'emorragia stessa. In tale stadio, sebbene sia necessario il togliere una piccola quantità di liquor per la diagnosi, è controindicato un vero drenaggio, salvo nei casi in cui la pressione endocranica sia minacciosa per la vita ed il rischio della compressione sia maggiore di quello dell'emorragia. Quindi, in questo primo stadio, l'indicazione per la puntura lombare è data dai segni di aumento pericoloso della pressione endocranica, specialmente se progressivo.

Nel secondo stadio, ad emorragia cessata, il dolore è indubbiamente alleviato dalla puntura lombare; il paziente deve stare disteso e si deve osservare il manometro, che non deve segnare sotto i 100 mm. Tale cifra, riportata da Symonds, è ritenuta troppo bassa dall'A.

4) *Prevenzione di ulteriori attacchi*. Si devono evitare i bruschi elevamenti della pressione, gli sforzi e le emozioni violente, la costipazione. La pressione va misurata ogni mese nel primo anno ed ogni due nel secondo, prendendo le necessarie precauzioni se si rileva un aumento notevole. *fil.*

## Le complicazioni nervose del reumatismo vertebrale.

(P. SCHMITE e S. DE SÈZE. *Paris Médical*, 15 settembre 1934).

I rapporti stretti del rachide con i nervi, le radici ed il midollo spiegano il polimorfismo degli accidenti nervosi del reumatismo vertebrale.

1) Le manifestazioni *radicolari* sono le più frequenti in relazione al fatto che le radici attraversano canali ossei o osteo-articolari che possono essere ristretti dal minimo processo infiammatorio.

*A*) Nel corso delle localizzazioni *lombo-sacrali* del reumatismo si possono avere le seguenti manifestazioni:

La *sciatica* è l'affezione più frequente del genere. I nervi sacrali soffrono più degli altri perchè essi attraversano obliquamente il sacro attraverso canali di diametro quasi eguali a quelli del nervo.

La radicolite sciatica è per lo più causata dall'infiammazione di uno o più canali ossei attraversati dalle radici dei nervi e ciò non solo per propagazione dell'infiammazione alla radice ed eventualmente anche alle meningi, ma sopra tutto per la compressione radicolare che è la conseguenza della minima infiammazione ossea.

Questa radicolite sciatica è clinicamente ben definita: punti dolorosi abituali, amiotrofia più o meno marcata, diminuzione ed anche scomparsa dell'achilleo, qualche disturbo della sensibilità obiettiva.

Il nervo *crurale* è meno frequentemente leso da solo o in associazione dello sciatico. Clinicamente si ha ipotonia ed ipotrofia dei muscoli innervati dal crurale con abolizione del rotuleo,

Lo *sciatico popliteo esterno* può essere leso. Si possono avere paralisi più o meno complete, modificazioni dei riflessi, disturbi discreti della sensibilità e sopra tutto amiotrofia.

Il *femoro-cutaneo* può essere toccato determinando una meralgia parestesica.

Talvolta le lesioni nervose si manifestano quasi esclusivamente con la *scomparsa dei riflessi tendinei*. Babinsky nel 1903 presentò con diagnosi di pseudotabe rizomelica tre malati affetti da spondilosi rizomelica, i quali avevano dolori folgoranti e abolizione dei riflessi tendinei agli arti inferiori. Egli non trovò alcun segno di tabe ed attribuì i disturbi a lesioni dei nervi causate dall'infiammazione vertebrale a livello dei fori di coniugazione.

Harvier e i suoi collaboratori riferirono cinque casi nei quali l'abolizione dei riflessi era in rapporto con un reumatismo vertebrale accertato radiologicamente.

Quando le lesioni sono bilaterali e molto estese si può avere una vera *paraplegia*.

Talvolta il reumatismo lombo-sacrale può determinare una *sindrome da cauda equina*.

*B*) Nel corso delle localizzazioni *cervicali* del reumatismo vertebrale si possono avere disturbi della sensibilità e amiotrofia.

Le manifestazioni dolorose sono le più frequenti e di varia intensità. Possono localizzarsi al plesso brachiale o irradiarsi lungo il tragitto dei nervi del braccio. Possono provocare una certa impotenza funzionale e sono accentuati dalla mobilizzazione della testa, dalla palpazione del cavo ascellare e dei tronchi nervosi.

I dolori possono essere esacerbati dal freddo o dal caldo, sono più violenti di notte sia per il calore del letto, sia per i movimenti intempestivi fatti dal paziente nel sonno.

Possono assumere un carattere causalgico o acroparestesico.

Talvolta le manifestazioni dolorose sono monosintomatiche, ma tal'altra assumono un quadro nettamente radicolare con disturbi della sensibilità obiettiva e abolizione dei riflessi.

Nella colonna cervicale non vi sono canali ossei inestensibili come nella regione sacrale, ma la strettezza dei fori di coniugazione spiega la facile compressione delle radici alla loro uscita dal rachide a seguito di processi osteoarticolari.

Le amiotrofie possono presentarsi come una paralisi radicolare del plesso brachiale a tipo superiore e inferiore. L'atrofia colpisce sopra tutto il trapezio, specie nella porzione inferiore, il gran dentato ed anche il romboide, il sopra- e sottoscapolare ed eccezionalmente il deltoide.

Più rare sono le forme inferiori con atrofie dei muscoli della mano.

Nel complesso si tratta di atrofie a tipo miopatico che la presenza di fatti articolari fa riferire al reumatismo.

Talvolta si ha la classica sindrome radicolare con disturbi sensitivi a fascia e modificazioni dei riflessi tendinei.

Questi fatti possono accompagnarsi a veri fenomeni paralitici limitati, dissociati, parcellari che possono offrire serie difficoltà diagnostiche.

Si possono avere anche disturbi oculo-pupillari (miosi uni- o bilaterale, torpore o paralisi pupillare alla luce ed all'accomodazione) dovuti a lesioni del ramo comunicante che riunisce il primo paio dorsale al ganglio cervicale inferiore.

Talvolta si ha una sindrome Claude-Bernard-Horner ed anche manifestazioni a carico del plesso cardiaco, del frenico o dello sterno-cleido-mastoideo.

*C*) Nelle complicazioni nervose del reumatismo *dorsale* si possono avere neuralgie intercostali, crisi gastralgiche, o dolori a cintura. Ma i fenomeni amiotrofici ed i disturbi dei riflessi sono poco netti. Talvolta si è constatata scomparsa dei cutanei addominali.

2) Le manifestazioni *midollari* del reumatismo vertebrale sono meno frequenti. Al riguardo sono state descritte una gran quantità di sindromi e di lesioni che poco verisimilmente si possono mettere in conto del reumatismo vertebrale. In realtà sembra che due specie di fatti clinici meritino di essere considerati: 1) fenomeni midollari (modificazioni dei riflessi, Babinski) che si aggiungono ai disturbi dolorosi; 2) fenomeni netti di compressione midollare. Quest'ultima sindrome è molto simile a quella dei tumori midollari.

3) Il *torcicollo spasmodico* è stato da molti AA. messo in conto di artriti cervicali. Ma la dipendenza dei due fatti è ancora in discussione.

Da quanto si è esposto si deduce che in ogni caso di sindromi radicolitiche, neuritiche ed anche polineuritiche e midollari bisogna tener presente la possibilità di disturbi dipendenti da reumatismo vertebrale. S'impone quindi l'esame accurato del rachide. Questo deve essere esplorato sistematicamente tenendo presente che talvolta le alterazioni reumatiche delle vertebre possono anche sfuggire all'esame obiettivo.

Da ciò la necessità di procedere all'esame radiologico. I corpi delle vertebre presentano una trasparenza esagerata e lo svasamento delle faccie superiori può dar loro un aspetto caratteristico a « diabolo ». Tal'altra si hanno sporgenze ossee ad uncino che possono saldarsi tra loro dando aspetto di becco di pappagallo.

Contemporaneamente si possono avere alterazioni legamentose consistenti in processi di calcificazione. I menischi possono essere assottigliati, opacati per trasformazione fibrosa.

Conviene in ogni caso tener presente che il rachide può essere sede di malformazione o lesioni di tutt'altra natura che possono dare una sintomatologia clinica analoga a quella data dal reumatismo vertebrale.

Tali sono: 1) la spina bifida che può accompagnarsi a disturbi radicolari e midollari; 2) la sacralizzazione della 3ª lombare che può dare dolori lombo-sacrali e sciatici; 3) la lombalizzazione della 1ª sacrale che dà sopra tutto dolori locali e raramente irradiati lungo lo sciatico; 4) le costole cervicali che possono dare sindromi paralitiche con amiotrofie, analoghe a quelle date dal reumatismo cervicale; 5) le spondiliti infettive, tra cui quella tubercolare può dare un reperto radiologico comparabile a quello del reumatismo vertebrale osteofitico; 6) le osteoartropatie nervose che possono associarsi a grossolane deformazioni e lussazioni delle vertebre; 7) i tumori delle vertebre che all'esame radiologico possono dare aspetti diversi: appiattimento del corpo vertebrale, iperostosi, condensazione, aspetto d'avorio, porosità; 8) lesioni primitive dei menischi con il loro appiattimento. DR.

## MISCELLANEA.

### Il sistema lipolitico nella degenerazione grassa.

(L. CALIFANO. *Arch. di Ist. e An. Pat.* Fasc. II e III, 1934).

Il problema della degenerazione grassa come quello di tutte le degenerazioni cellulari, non è, naturalmente che un problema di ricambio cellulare. Poichè in questi ultimi tempi, per opera delle ricerche sul metabolismo cellulare e sui fermenti endocellulari, si sono acquisite fondamentali cognizioni per la biologia delle cellule normali e patologiche, riesce interessante lo studio della patologia cellulare secondo le nuove cognizioni. Il meccanismo di produzione della degenerazione grassa non è ancora noto giacchè, se numerose sono le ricerche tendenti a precisare l'origine del grasso che si apprezza nelle cellule, non è stato finora assodato come è che sulle cellule agiscono i fattori topici inducenti la steatosi. Non si conosce cioè quale dei meccanismi fondamentali che determinano e regolano il ricambio cellulare sia implicato nel fenomeno.

Come è noto, il metabolismo del grasso si compie, a livello delle cellule, mediante due differenti processi: uno di scissione, la cui risultante è la liberazione dell'acido grasso e l'altro di ossidazione di questo. Il primo fenomeno è determinato dalle lipasi ed esterasi cellulari, il secondo da fermenti ossidanti o deidrogenanti, che possono essere variamente influenzati in una determinata condizione.

Ciò si comprende facilmente data la natura essenzialmente differente dei due tipi di fermento. Le lipasi sono, infatti, fermenti idrolizzanti; quelli ossidanti i grassi sono ossidasi o deidrasi, a costituzione chimica nettamente differente da quella delle lipasi e gli inibitori specifici di essi sono senza effetto sulla attività delle idrolasi.

Le lipasi dei tessuti si distinguono, come è noto, in due tipi fondamentali: lipasi propriamente dette, che scindono i grassi neutri superiori, ed esterasi che idrolizzano quelli inferiori. I varî tessuti sono diversamente ricchi dei due tipi di enzimi; il fegato, che è un organo molto ricco in esterasi, ha scarso contenuto in lipasi.

Sul comportamento delle lipasi nella intossicazione da fosforo esiste già qualche ricerca: fondamentali sono quelle di Ciaccio, il quale, facendo circolare attraverso il fegato di animali intossicati con veleni steatogeni sangue defibrinato, non nota alcun consumo di grasso da parte dell'organo, e ciò analogamente a quanto accade in animali a digiuno e contrariamente a ciò che avviene negli animali normali, in cui si ha un consumo di grasso da parte dell'organo sempre ben constatabile. Da ciò il Ciaccio è indotto ad ammettere che questa incapacità di utilizzazione (lipodieresi) sia la causa dell'aumento del grasso nell'interno delle cellule epatiche.

L'A. ha voluto recare un contributo all'interessante problema studiando i fattori fondamentali del metabolismo del grasso nella steatosi sperimentale da fosforo. A tale scopo ha determinato sperimentalmente l'attività esterasica e lipolitica del fegato durante la degenerazione grassa prodotta dal fosforo, comparata con quella del fegato normale sugli estratti preparati col metodo di Willstaetter.

Ha così potuto riconoscere che nel fegato in preda a degenerazione grassa vi è una diminuzione della attività esterasica, in quanto che il dosaggio stalogmometrico dimostra che una unita tributirasica è contenuta in una quantità di polvere secca superiore a quella del fegato normale: col metodo manometrico d'altra parte, si osserva che la rapidità dell'idrolisi è diminuita.

La lipasi, che produce l'idrolisi dei gliceridi degli acidi grassi superiori, è anche essa diminuita, in quanto che una unità lipasica è contenuta in una quantità più grande di organo secco. Il potere sintetico della lipasi, determinato con la produzione di butirrato di isoamile a partire dall'acido e dall'alcool è anche esso ridotto.

***

Si è assodato dunque che nella degenerazione grassa da fosforo il sistema lipolitico, che condiziona la prima fase del metabolismo dei grassi, cioè la idrolisi dei grassi neutri, è limitata, per quanto modicamente e solo in senso quantitativo. La lipasi, cioè, e la esterasi epatica mostrano una attività inferiore al normale senza, però, essenziale spostamento del rapporto quantitativo dei due enzimi. La limitazione è però troppo esigua rispetto allo sviluppo della infiltrazione, per cui non si può ritenere che essa sia il fattore determinante il fenomeno. Ridotto risulta, del pari, l'orientamento sintetizzante della lipasi, per cui non si può nemmeno riportare ad aumento di tale attività l'accumulo di grasso nelle cellule. Si doveva perciò indagare l'andamento della seconda fase del metabolismo dei lipidi, cioè la ossidazione degli acidi grassi. Le presenti ricerche dell'A. riguardano un tale studio. Misurazioni manometriche sul siero del ricambio o del tessuto in degenerazione grassa da fosforo hanno dato i seguenti risultati:

Il fegato grasso presenta un consumo di ossigeno costantemente superiore al normale. La produzione di anidride carbonica è anche più elevata, ma non in misura corrispondente, per cui ne risulta un quoziente respiratorio più basso. La piccola glicolisi anaerobica del fegato normale si mantiene tale nel fegato grasso, nè mai compare glicolisi aerobica. Il maggior consumo di ossigeno riscontrato va probabilmente messo in rapporto, oltrechè con la eventuale saturazione dei doppi legami degli acidi insaturi costituenti in parte l'infiltrazione, anche con il fatto che nel tessuto il metabolismo energetico avviene in gran parte attraverso la ossidazione degli acidi grassi.

La difenilammina paralizzante della ossidazione dei doppi legami, non induce alcuna essenziale variazione del consumo di ossigeno da parte del fegato grasso in confronto di quella esercitata sul tessuto normale.

La determinazione della capacità delle cellule a deidrogenare gli acidi grassi superiori ed inferiori ha dimostrato come nel fegato grasso tale attività è notevolmente ridotta. La diminuita capacità deidrogenante per gli acidi grassi dipende oltre che dalla diminuita attività del sistema ossidasico cellulare anche dal fatto che le superfici enzimatiche essendo sature di molecole di acidi grassi non sono in grado di assorbire e quindi successivamente metabolizzare, come fa il tessuto normale, le molecole di acido grasso aggiunte al liquido di respirazione. G. LA CAVA.

## Necrosi a focolaio della ipofisi e perniciosa comatosa.

(F. GUCCIONE. *Pathologica*, 15 giugno 1934).

Nel corso di alcune ricerche sulla ipofisi l'A. ha avuto occasione di studiarne quattro in soggetti morti per malaria perniciosa e nel lobo anteriore di una di esse ha potuto rilevare la presenza di un focolaio di necrosi ben evidente. Si trattava di individuo di 31 anni, morto per perniciosa comatosa: l'esame dell'ipofisi dimostrava verso il terzo posteriore mediale del lobo ghiandolare la presenza di un'area di tessuto colorata diffusamente in rosa con l'eo-

sina e nella quale non era più riconoscibile la ordinaria struttura e disposizione degli elementi costitutivi della ipofisi. Tale zona che aveva un diametro massimo di mm. 1,50 per un minimo di 0,50 si differenziava dal rimanente tessuto oltre che per la forma, per l'aspetto quasi omogeneizzato.

Per questi caratteri, per i rapporti con il tessuto circostante, per la sua tingibilità, per la scomparsa dei limiti cellulari, per le alterazioni dei nuclei e dei citoplasmi, per l'assenza di fatti colliquativi o emorragici, di fenomeni reattivi in atto o in esito e di processi infiammatori semplici o specifici, dovremo definire la lesione come un focolaio necrobiotico del terzo posteriore mediale del lobo ghiandolare, indipendente da alterazioni vascolari (trombosi, embolie, endoarterite obliterante, emorragie) e cioè come un'area di necrosi pallida da coagulazione in un distretto ben delimitato e circoscritto dalla ghiandola ipofisaria. L'A. riporta poi particolareggiatamente le lesioni istologiche osservate anche negli altri tre casi, lesioni che si possono così riassumere:

1) disturbi di circolo (iperemia) più o meno spiccati nei singoli casi; eccezionalmente emorragie;

2) mononucleosi, particolarmente in due casi;

3) presenza di globuli rossi parassitiferi, di leucociti pigmentiferi, specie nell'ambito del lobo anteriore;

4) edema del connettivo interstiziale nel lobo anteriore (caso 2°, 3°, 4°);

5) lesioni degenerative delle cellule cromofile, specie delle basofile (vacuolizzazione, rigonfiamento idropico). Tali lesioni non raggiungono mai una grande estensione;

6) metacromasia della colloide (caso 1°);

7) accumulo di pigmento ocraceo, che non dà la reazione del ferro, nella neuroipofisi, rilevabile in tre casi ma specialmente in uno;

8) presenza di zone di necrosi nel lobo anteriore (caso 1°).

Varia è l'importanza, l'origine e l'interpretazione da darsi alle lesioni riportate. Qualcuna, come i disturbi di circolo e le lesioni degenerative degli epiteli ghiandolari, verosimilmente è da mettersi in relazione con fatti terminali, con la imbibizione edematosa che si osserva diffusamente nei tessuti, ad es., nel cervello, nelle pie meningi, nel fegato ecc. e che nella malaria comatosa forse è maggiormente pronunziata. La maggiore accentuazione di alterazioni degenerative in alcuni vari tipi di cellule trova pure facile spiegazione precisamente nelle diverse strutture per cui la tumefazione idropica si rende più evidente e più facile la disintegrazione dei granuli e la formazione di vacuoli.

L'A. fa quindi una completa rassegna bibliografica sull'argomento, da cui risulta che i processi necrobiotici della ipofisi sono stati finora riscontrati in rapporto:

1) con processi arterio-arteriosclerotici e arteritici;

2) con processi neoplastici (compressioni, obliterazione di rami arteriosi);

3) con processi settici (nella maggior parte dei casi da cocchi). Tra questi hanno una decisa prevalenza le sepsi puerperali e le endocarditi;

4) con processi gravidico-puerperali anche se a decorso regolare;

5) con processi tossici (difterite, eclampsia ecc.);

6) con traumi (eccezionali);

7) con compressioni (aumento cronico della pressione intracranica);

8) con processi di periipofisite da cause varie e con processi flogistici semplici o specifici (ascessi, tbc., sifilide).

In base a questi dati ed allo studio dei casi descritti comparati con altri raccolti dalla letteratura, l'A. crede di poter trarre le seguenti conclusioni:

I) tra i momenti patogenetici dei processi necrobiotici della ipofisi deve essere tenuta in considerazione la infestione malarica perniciosa;

II) per i reperti osservati e per una serie di argomentazioni il focolaio di necrosi miliarica ipofisaria ripete una origine in prevalenza tossica piuttosto che vascolare anche ammettendo che nella ipofisi siansi prodotte delle embolie parassitarie nel momento della massima carica parassitaria;

III) le lesioni renali repertate, conseguite alla infestione da *plasmodium vivax*, giustificano e confermano la conclusione precedente che la zona di necrosi ipofisaria ripeta una origine tossica;

IV) il reperto di focolai di necrosi nel lobo anteriore dell'ipofisi nella malaria perniciosa, mentre integra le attuali conoscenze sulla anatomia patologica dell'affezione, conferma la opportunità e la necessità di ricerche sistematiche estese a tutte le ghiandole a secrezione interna. Tali ricerche sono giustificate non solo dalle osservazioni attuali, per così dire frammentarie, ma anche dal fatto che certi aspetti clinici della malattia avvalorano il sospetto che la ragione di essi debba essere ricercata in turbe anatomiche di dette ghiandole.

G. LA CAVA.

## DIVAGAZIONI

### Lo psichismo dei soggetti linfatici.

Fin dall'antichità si era riconosciuto che gli individui linfatici avevano una mentalità particolare. Anzi il linfatico con il sanguigno, il biliare ed il malinconico costituiva un tipo fondamentale di temperamento. Come è noto, questi temperamenti avevano interferenze con particolari condizioni organiche: il linfatico dipendeva dalla funzione intestinale, il sanguigno dalla funzione cardio-respiratoria, il biliare dalla funzione epatica, l'atrabile o malinconico dalla funzione cerebrale.

Tutte queste distinzioni, tutti questi rapporti, puri prodotti di astrazioni filosofiche hanno avuto il giusto bando dalla scienza positiva.

Tuttavia, nota R. Cruchet nel suo rapporto al Congresso internazionale del linfatismo, la vecchia descrizione dei temperamenti a ben considerarla ha qualche fondamento di verità. Il temperamento linfatico è quello che più ha resistito, in quanto le descrizioni che se ne facevano corrispondono *grosso modo* a quelle che ora si dà del linfatismo.

Allendy in un recente libro (*Les tempéraments dans la médecine moderne.* Editore Vigot, Parigi) parla del linfatismo come si concepiva alla fine del secolo XVII: « Il linfatico ha colorito bianco con riflessi azzurrognoli o verdastri, la pelle fine, liscia, glabra, fredda e umida. Il tessuto cellulare abbondante nasconde i risalti muscolari, arrotondisce le forme. I capelli sono sottili, biondi o cenerini, crescono lentamente e tendono a cadere; le ciglia sono molto lunghe e belle; i peli sono rari sul tronco e sugli arti. Il labbro superiore è grosso, quello inferiore molle e pendente; le narici sono spesse e divaricate; il lobo dell'orecchio duro. Gli occhi sono chiari, lagrimosi; lo sguardo dolce e incerto. Il polso è debole e lento, la circolazione è pigra. Lo stomaco è atono, l'alito cattivo; la digestione è lenta ma completa; si ha tendenza alla flatulenza. L'urina è chiara e abbondante. La pubertà è generalmente tardiva. Il linfatico non può rinunziare al sonno, ma resiste al digiuno. Ha tendenze alle forme catarrali, alle diarree, all'obesità, alle adenopatie, alla scrofola, alla corizza, alla gastrite, ai tumori bianchi, agli edemi, all'acne, alla verminosi ».

In complesso si riconosce in questo quadro il linfatismo quale oggi viene concepito.

E dal punto di vista nervoso e psichico si nota che « i gesti del linfatico sono lenti, maldestri, poco espressivi. La voce è molle, sorda, velata con un accento monotono. I linfatici parlano poco, la loro conversazione languisce presto. Hanno un carattere indifferente, molle, sognatore, dolce e docile. Conducono una vita regolare, perseverante, paziente, senza passioni violente. Non hanno collere, sono incapaci di sforzi di decisione, non amano i cambiamenti. Sono affettuosi in parte per abitudine. La loro memoria è eccellente, la fantasia povera, l'intelligenza lenta e profonda. Sono nature delicate, contemplative, poetiche. Hanno uno stile pesante e preciso con tendenza ai dettagli e alle analisi. Le razze del Nord, dei climi freddi e umidi, hanno spesso questo temperamento, che la tradizione simboleggia con il bue per la tenacità al lavoro, la lentezza possente e feconda del suo sguardo ».

Questo quadro clinico dello psichismo dei linfatici è certo troppo preciso in alcuni dettagli, troppo vago in alcune affermazioni ed in altre forse errato.

Certo i linfatici hanno lo spirito un po' sonnolente, inerte, poco dinamico, senza reazioni vivaci ed improvvise. In fondo essi hanno l'aspetto ed il contegno degli innumerevoli deboli che costituiscono la media felice dell'umanità. Ma in effetti sono falsi deboli perchè la loro intelligenza offuscata da una specie di benessere accidiosa, è capace di destarsi quando le circostanze lo esigono.

Durante l'infanzia sono degli attardati che ascoltano distrattamente il maestro e sono partigiani del minimo sforzo, utilizzando la loro intelligenza, perfettamente lucida, a cercare tutti i pretesti per non far nulla. Sono esseri passivi la cui attività si mostra a scatti. Sono un po' come parkinsoniani o bradichinetici dello spirito.

Insomma il carattere dominante dello psichismo del linfatico è la capacità virtuale e latente. *argo.*

## NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

M. ROCH. *Les traitements de l'hypertension artérielle.* Vol. in-16°, di pagg. 148. Ed. Masson. Paris, 1934. Fr. 20.

In questa monografia, che fa parte della bella e utile Collana di Medicina e Chirurgia pratica, l'A. tratta dapprima distintamente: l'ipertensione minima e la massima dissociate, le ipertensioni parossistiche e le permanenti. Riconosce poi come tutti i tentativi terapeutici destinati a combattere alla radice l'ipertensione, interrompendo — se possibile — l'arco riflesso regolatore della pressione (dalla compressione del bulbo carotideo alla puntura lombare e alla irradiazione dei surreni) si siano mostrati inefficaci.

Le malattie infettive acute e croniche non possono essere considerate come agenti etiologici dell'ipertensione.

Gli elementi che vanno considerati nel tracciare le direttive di cura, sono: il regime di vita, l'utilità dell'esercizio muscolare moderato, la limitazione dell'abuso dei cibi e delle bevande, l'utilità del regime ipoclorurato, l'inutilità dell'astensione assoluta dal tabacco, la restrizione della carne e delle uova.

Importante la cura sedativa, nei casi di eretismo nervoso; ottimo e raccomandabilissimo

l'uso di tutta la serie dei barbiturici, purchè però la loro somministrazione non sia quotidiana e si limiti a piccole dosi.

Contro la sclerosi delle grandi e piccole arterie la terapia è pressochè insufficiente: più attiva è invece a riguardo dei disturbi funzionali, contro cui si ha tutta una serie di cure fisiche (bagni gassosi, diatermia ecc.) e mediche.

I nitriti non godono oggi di una « buona stampa »; i rodanati possono essere pericolosi; buoni i risultati ottenuti con il Visum album, l'oleato di soda, l'allisatina, i vasodilatori come il benzoato di benzile e la papaverina (ad alte dosi!). Sono tutti preparati di cui è stata in varie circostanze riconosciuta l'azione ipotensiva ma che purtroppo si dimostrano inefficaci di fronte agli stati di ipertensione permanente.

Dopo un breve sguardo al campo delle glandole endocrine, ecco la serie di preparati opoterapici e i più recenti: gli estratti di muscolo e di organo in genere. La loro azione è sopratutto vasodilatatrice, e il loro effetto ipotensore è passeggero: tuttavia la loro azione può essere utile per combattere qualche particolare disturbo subbiettivo degli ipertesi.

Di fronte all'annoso problema dei rapporti tra ipertensione e funzione renale; l'A. si schiera — sia pure non senza riserva — tra coloro per cui le sclerosi (compresa quella renale) segue l'ipertensione: l'A. ritiene — non senza qualche sorpresa per noi — che le cure idriche siano ben tollerate dagli ipertesi, che anzi possono essere loro decisamente utili: tutti i diuretici sono i benvenuti, specialmente quelli della serie xantinica: la teobromina, ad es., è assai efficace ma va data a piccole dosi (1 gr. al dì) per cicli di breve durata (4 giorni di seguito, 2 volte al mese).

Infine anche la difficoltà d'escrezione dell'urina (per es. da ipertrofia prostatica) va ricercata e combattuta, perchè in certi casi la si è vista con certezza creare uno stato ipertensivo.

Delle complicazioni della ipertensione, sono accennate soltanto: la cancrena delle estremità, l'insufficienza cardiaca, le emorragie cerebrali e lo stato di cachessia; va ricordato che l'A. si dimostra — nel caso di emorragia — contrario alla mignattazione (la diminuita coagulabilità del sangue aggrava l'episodio emorragico) e favorevole al salasso — non molto abbondante però: nella trombosi consiglia l'uso dell'acetilcolina.

Tutto il piccolo libro è scritto con chiarezza e brio: la letteratura è ricchissima, ma disposta in modo da non dar troppo nell'occhio, e non stanca; in complesso, semplicità, completezza d'esposizione, e massima praticità.

V. SERRA.

## CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

G. FICHERA. *Studii e ricerche*, 1931-1933.

Raccolta di 25 lavori, del Prof. Fichera e dei suoi allievi della R. Università di Pavia, che attestano la complessa e feconda attività scientifica della Scuola del Fichera.

Fra gli argomenti trattati, una larga parte è dedicata al cancro e alla terapia biologica dei tumori maligni, ad opera del Fichera stesso: con un bel volume di oltre 200 pagine, edito da Hoepli (« *I fattori interni nello sviluppo dei tumori e gli odierni saggi di terapia biologica* »); con due estese comunicazioni alla XX[a] riunione della Società Italiana per il progresso delle Scienze e al III Congresso della Lega Italiana per la lotta contro il cancro; con un'ampia e dotta relazione sulla « *Chemioterapia del cancro* » al Congresso Internazionale della Lega scientifica contro il cancro, in Madrid.

Il volume comprende inoltre pregevoli contributi su svariati argomenti di patologia e clinica chirurgica: sul tropismo microbico, sulla litiasi biliare, sulla fisiopatologia del pancreas, del surrene e delle ghiandole salivari; sul diabete e sulle ipoglicemie; sull'influenza del surrene sopra i tumori da innesto; sull'arteriografia encefalica; sul trattamento delle fratture e delle ulcere gastro-duodenali perforate; sull'appendicite acuta dell'infanzia ecc.

Particolarmente curate la documentazione microfotografica e la bibliografia.

G. PACETTO.

I. BANDALINE. *La lotta internazionale contro il cancro*. Vol. di 950 pagg., con 46 fig. Editore N. Maloine, Parigi, 1933. Prezzo: Frs. 135.

Quest'opera, veramente degna di lode, merita tutta l'attenzione degli studiosi del cancro. Impossibile riassumerne, sia pure per sommi capi, il vasto contenuto poichè in esso è compendiato tutto ciò che si è fatto finora contro il cancro in 64 nazioni, sia nel campo scientifico che in quello sociale.

La trattazione della vasta materia può dividersi in tre parti. La prima parte comprende la concezione cancerologica attraverso i secoli e la lotta contro il cancro in Francia. La seconda parte comprende l'organizzazione della lotta contro il cancro nelle diverse nazioni ed è corredata da citazioni dei principali studiosi e delle più importanti acquisizioni realizzate nel campo scientifico. Un largo posto in questa parte è stato fatto all'Italia e agli studiosi italiani. La terza parte si occupa delle Leghe e delle istituzioni anticancerose in genere, degli uffici di igiene, dei giornali e delle persone che si interessano del cancro, in 51 Stati.

G. PACETTO.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L. Tixier et Ch. Clavel. *Les grandes hémorragies gastro-duodénales*. Vol. in-8°, di pagg. 240. Masson & C., Paris, 1934. Fr. 45.

La questione del trattamento chirurgico delle grandi gastrorragie di origine ulcerosa, non ha ancora trovato una soluzione alla quale si attenga se non la totalità almeno la maggioranza dei chirurghi.

Pur essendo note infatti, ma in modo distinto, le cause, le lesioni, i sintomi delle grandi emorragie gastroduodenali, al contrario spesso riesce impossibile in presenza di una data serie di sintomi, concludere con certezza per quella tale lesione, per quella tal causa precisa, di cui la terapia sarebbe poi evidentemente indicata dalla logica.

Studiando i casi di grandi emorragie gastroduodenali le cui osservazioni complete, al pari delle analisi degli insuccessi sono riportate nella letteratura, gli AA. hanno acquisito la convinzione che le cause d'insuccesso provengono quasi sempre da errore d'indicazione, o da errore di tecnica o da errore di scelta per l'intervento. La complicazione emorragica a livello dello stomaco, come del resto per molti altri organi, rappresenta tuttavia sempre un'indicazione imperiosa d'intervento: solamente occorre distinguere i casi e questo appunto è lo scopo del libro. Voler operare sistematicamente tutti i malati che presentano grandi gastrorragie espone facilmente a dispiaceri; occorre scegliere, fra essi, quelli che hanno nello stomaco o nel duodeno una lesione precisa, clinicamente diagnosticabile, che dà luogo ad emorragia con un meccanismo noto ed al quale si potrà opporre la terapia logica.

Utilizzando le loro osservazioni personali e quelle pubblicate, gli AA. arrivano a precisare dei gruppi anatomo-clinici di gastrorragie con le indicazioni terapeutiche mediche o chirurgiche ben precise. Essi propongono anzi una classificazione anatomo-clinica, indicandone le basi. Un'accurata bibliografia completa ogni capitolo.

*a. p.*

H. Wildbolz. *Lehrbuch der Urologie*. II[a] edizione. Berlino, Springer, 1934. Marchi oro 64 (circa L. 300).

L'urologia è ancora in pieno periodo evolutivo: ogni anno si apprendono nuovi metodi, si apprezzano i risultati di tecniche originali.

Appare quindi giustificato ciò che disse recentemente un chirurgo americano esser l'urologia la branca più interessante della chirurgia, e non deve recar meraviglia se si vedono stampare uno dopo l'altro, in ogni Nazione civile, trattati, manuali, compendi di questa materia.

Il libro del Wildbolz ha il grandissimo pregio di un'esposizione critica di una larga esperienza personale, ed è sempre interessante conoscere i risultati realmente conseguiti con una tecnica e da presupposti teorici tradotti in pratica, anche se da queste idee si possa dissentire più o meno.

Il gran numero dei casi osservati ha permesso all'A. di riassumere le cognizioni più importanti su ogni singolo argomento in poche frasi dense di contenuto, sfrondate delle notizie accessorie e di pleonasmi superflui.

Per questa ragione prevediamo facilmente una rapida diffusione di quest'opera che dopo dieci anni vede la sua seconda edizione, ampliata ed aggiornata.

E. Mingazzini.

A. Mignon. *Pour et contre le transformisme*. Editore Masson et C., Parigi. Prezzo Fr. 50.

La dottrina di Darwin che per tanto tempo ha dominato quasi incontrastata, ha negli ultimi decenni subìto critiche severe. Le scienze biologiche partivano fino a poc'anzi dal presupposto che tutti gli esseri discendono da un ceppo comune sotto forma di varietà che con il tempo hanno preso i caratteri di specie. Il Mignon espone chiaramente questa teoria indicando i fatti che dimostrano l'attendibilità.

D'altra parte, pur senza prendere partito in un senso o in un altro, mette a confronto la teoria del trasformismo darwiniano e degli studi di Vialleton che la rifiuta recisamente.

Il Vialleton in un libro dal titolo « L'origine des êtres vivantes. L' « illusion transformiste » fondandosi su ricerche paleontologiche ed embriologiche sostiene che le differenze tra le forme sviluppate del passato e quelle embrionali attuali sono troppo spiccate per poter accettare senz'altro un parallelismo tra la filogenesi e l'autogenesi, e quindi una parentela di discendenza fra le varie specie.

Dr.

F. Cavazzi. *Vie et rajeunissement*. Editore Doin, Parigi. Prezzo Fr. 22.

Questo volume contiene una relazione letta dal Cavazzi alla Société de Médecine di Parigi e la discussione che ne seguì.

Il metodo di ringiovanimento del Cavazzi si distingue nettamente dagli altri metodi d'innesti o di assorbimeno di estratti testicolari.

Il principio sul quale si basa è il seguente: il sangue efferente dalle glandole endocrine è molto ricco di ormoni più della stessa sostanza specificamente funzionante, e quindi il siero di questo sangue è molto efficiente.

Le esperienze condotte a Bologna ed a Parigi hanno dimostrato l'esattezza di questo principio. Iniettando sottocutaneamente in individui vecchi il siero del sangue efferente di testicoli di animali giovani e sani ha ottenuto un ritorno della vigoria fisica e psichica e dell'energia sessuale.

Il Prof. Charles Richet ha dato al libro una calorosa prefazione.

Dr.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## DALLA PRATICA CORRENTE.

OSPEDALE UMBERTO I - CUORGNÈ

### Su un caso di ileo riflesso in colica da litiasi reno-ureterale.

Dott. GIOVANNI PERARDI, medico direttore.

I calcoli renali e ureterali si manifestano clinicamente per un sintomo capitale che è il dolore, dolore che varia a seconda che è originato dalla migrazione del calcolo o solo da tentativi di movimento oppure dalla sola presenza del calcolo. Al dolore si uniscono disturbi dell'urinazione e fenomeni riflessi che completano il quadro della colica renale e che sono: il vomito, il singhiozzo, la fenomenologia addominale con addome tumido, meteorico, con faccia pallida, polso piccolo e frequente sindrome di occlusione intestinale.

Tale sintomatologia è ben descritta nei trattati (Marion, vol. 1°, pag. 333 ecc.) ma non sempre essa è così chiara e quindi sicura la diagnosi, chè spesso nella litiasi ureterale si può avere una sintomatologia a prevalenza addominale e nella letteratura sono citati casi operati per occlusione in cui nulla si è trovato al tavolo operatorio e solo più tardi l'emissione di un calcolo ha svelato l'errore di diagnosi.

Mi è occorso di osservare uno di questi casi a sintomatologia addominale senza disturbi orinari, nel quale in primo tempo per l'imponenza dei sintomi addominali sono stato incerto sulla giusta diagnosi. E, siccome per la pratica professionale del medico condotto spesso lontano dai centri ospedalieri, tale diagnosi è urgente e di somma importanza, ho ritenuto meritevole di queste note il caso in questione.

Si tratta di una signorina, V. A., di anni 38, da Cuorgnè. Nulla nell'anamnesi remota. Nessuna malattia pregressa. Il giorno 6 agosto fece una gita in collina fino a 800 metri sul livello del mare, che comporta un cammino in salita per un'ora e altrettanto al ritorno. Il giorno 7 avvertì un lieve dolore al fianco sinistro che essa interpretò come dovuto ad un colpo d'aria, dato che aveva sudato nel cammino. Tale dolore fugace scomparve e la paziente dormì la notte dal 7 all'8. Il giorno 8 si alzò e stava benissimo. La sera dell'8 agosto venne colta da dolore alla fossa iliaca sinistra, vomito, alvo chiuso alle feci e ai gas. Il dolore è irradiato alla regione ombelicale e talora alla fossa iliaca destra. L'ammalata è apiretica, la lingua non patinosa, umida. L'addome è teso, non eccessivamente dolente, nessun disturbo a carico dell'urinazione, urine scarse, limpide.

L'ammalata prende un purgante che vomita e, persistendo il vomito, vengo interpellato. Trovo la paziente in preda ad uno stato ansioso, con singhiozzo insistente, non calmato col pantopon, vomito biliare verdastro, di sapore amaro. Il polso è piccolo e frequente; nonostante il purgante ripetuto e clisteri, non si ha beneficio; l'addome permane tumido, meteorico, chiuso ai gas e alle feci da oltre 24 ore.

La regione renale sinistra e destra sono libere. La palpazione è indolente e non risveglia il dolore, che solo è localizzato alla regione della fossa iliaca sinistra; non vi è difesa muscolare; la temperatura è 37°,5. L'ammalata non ha nessun disturbo dal lato uropoietico, lamenta invece un continuo tenesmo anale e un premito con bisogno di defecazione, senza emissione di gas. Il dolore, non continuo, non è accompagnato da contrazioni dell'intestino. L'ammalata invoca ancora un purgante o un clistere per poter liberarsi, come essa dice. Difatti ad un secondo clistere si ha emissione di poche feci e gas che producono una calma che dura cinque o sei ore, dopo di che riprende il senso di tensione addominale. Frattanto la paziente emette poca urina, che raccolgo per l'esame. Fatta la prova colla benzidina, è positiva nettamente. L'esame del sedimento mostra numerosi globuli rossi, qualche globulo bianco.

Prescrivo impacchi caldi, cardiostenol e dieta idrica abbondante. Il 12 agosto avviene emissione di urina contenente minutissima sabbia urica e tutto rientra nella norma.

I calcoli renali e ureterali possono essere causa di un ileo riflesso, che riproduce in modo completo il quadro dell'occlusione intestinale. Questa evenienza è ormai acquisita e molti AA. italiani e stranieri hanno descritto casi consimili. Chè però manchi completamente ogni sintomo urinario non è eccessivamente frequente. Nella *Presse Médicale* dell'agosto 1930, n. 79, Denechau e Prieur ritornano su questo argomento e insistono per la diagnosi: sull'inizio brutale, seguìto ad una fatica o ad un viaggio in ferrovia od in auto — sulla diffusione del dolore all'addome con arresto di feci e di gas; vi può essere in qualche caso un'emissione di feci che proviene dall'ultimo tratto dello intestino — sulla presenza del vomito biliare che hanno osservato quindici volte su ventun casi. Il caso da me osservato si riconnette precisamente a questa falsa occlusione, o meglio a questo ileo riflesso paralitico.

La caratteristica di questa colica di litiasi urica (da me descritta) è data dalla mancanza di ogni sintomatologia vescico-urinaria. Non vi fu disuria, nè tenesmo vescicale, non vi fu anuria: anzi, se si eccettua il secondo giorno in cui l'urina fu scarsa e con traccie di sangue non in grande proporzioni, vi fu urinazione normale, limpida senza albumina nè

cilindri e solo il quarto-quinto giorno si ebbe la risoluzione dell'accesso.

La diagnosi nel nostro caso venne fatta dal reperto delle urine.

Un fatto importante che contrastava con la ipotesi di una sindrome occlusiva era lo stato della lingua che non fu mai saburrale, patinosa nè secca, e l'aspetto del'ammalata.

Loepert (*Les manifestations gastro-intestinales de la colique néfritique*, 1914, pag. 236, 269) descrive l'evoluzione in tre tempi di questa colica a riflesso ileo paralitico:

1° *tempo*: vomito;

2° *tempo*: ileo paralitico per migrazione del calcolo nell'uretere;

3° *tempo*: tenesmo rettale, quando il calcolo arriva in vicinanza della vescica.

Non sempre io credo vi può essere una così netta distinzione, e nel caso mio i sintomi sono comparsi quasi contemporaneamente e si sono, si può dire, sovrapposti.

Per la diagnosi gli osservatori insistono sulla comparsa prima del dolore a inizio brusco seguito dall'arresto delle materie e dei gas, con un intervallo fra i due sintomi, il che avvenne precisamente nella mia paziente. Insistono inoltre sull'assenza di uno stato saburrale delle vie digestive, assenza di vomito fecaloide e sulle condizioni generali del paziente che sono in contrasto con lo stato occlusivo vero.

La predominanza dei dolori avviene di solito a sinistra e tre quarti delle osservazioni fatte dai succitati AA. sono appunto per tale conferma. Resta sempre l'esame delle orine ripetuto ogni giorno che, se è positivo, è il sintomo di più alto interesse. La radiografia può essere utile per svelare la presenza di un calcolo.

Nei casi operati per errore di diagnosi, si riscontrò sempre una serie numerosa di segmenti contratti e di tratti dilatati dell'intestino senza alcun ostacolo. L'origine paralitica dei secondi e spatica dei primi è evidente. Solo la teoria riflessa può spiegare simile reperto. Dall'anatomia sappiamo che l'intestino ed i reni hanno un'innervazione comune, emanazione del sistema simpatico e parasimpatico: plesso solare, lombo aortico e renale coi loro gangli semilunari, aortico renale e mesenterico. Ciò premesso è logico che ogni irritazione prodotta da un calcolo sul rene o sull'uretere determina eccitamento del sistema nervoso organo vegetativo, ganglio aortico renale, aortico mesenterico, piccolo splancnico, filetti nervosi provenienti dai nervi intermesenterici e dai due primi gangli lombari (Del Mass e Lart, *Anatomie Medico-Chirurgicale, dux Système Nerveux Vegetatif*, 1933. Paris, Masson, pag. 153, 164). Per queste vie si provoca il riflesso reno intestinale con paralisi e spasmi funzionali che non pertanto determinano l'imponenza della sintomatologia ora descritta.

La cura è medica: calmare i dolori con belladonna e atropina, con bagni caldi, riposo assoluto, qualche lassativo e clisteri di olio eccitanti la peristalsi intestinale.

L'osservazione oculata può evitare un'operazione sempre inutile e dannosa, se diretta a curare un'occlusione intestinale inesistente; ma se il calcolo s'incunea nell'ultima strozzatura dell'uretere o cade in vescica, l'intervento liberatore può divenire indispensabile.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce il caso di una colica di litiasi reno-ureterale simulante un'occlusione intestinale, specialmente per l'assenza di qualsiasi sintomo dal lato vescico-urinario. La diagnosi fu solo possibile con l'esame delle orine e specialmente con la prova della benzidina.

BIBLIOGRAFIA.

MARION. Vol. I, pag. 33, ecc. Presse Médicale, agosto 1930, n. 69. (DENECHAU e PRIEUR).

LOEPERT. *Les manifestations gastro-intestinales de la colique néfritique*, 1914, pag. 236, 269.

DEL MASS e LARR. *Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif*, 1933. Paris, Masson, pagg. 253-264.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Sulla tubercolosi del testicolo ectopico.

V. Consiglio (*La clinica chirurgica*, ottobre 1933) ha ritenuto interessante illustrare un caso di epididimo deferentite tubercolare in testicolo ectopico, data la estrema rarità di questa affezione. Si trattava di un giovane accolto nella Clinica chirurgica della Università di Pisa, per ernia inguino-superficiale destra, nel quale durante l'intervento operatorio fu riscontrata la malattia in quistione, la natura della quale fu poi confermata dagli esami istologico, batteriologico e biologico.

Mediante accuratissime ricerche bibliografiche l'A. ha ritrovato solo cinque casi di tbc. del testicolo ectopico. Anche l'indagine eseguita su oltre 10.000 storie cliniche dette risultato negativo.

Le lesioni specifiche si manifestano in genere nel 3° decennio di vita. Nulla si può dire di preciso sulle condizioni etiologiche che favoriscono le manifestazioni specifiche nel testicolo dei criptorchidi sono però sempre secondarie alla tbc. di altri organi. La via seguita dal bacillo di Koch per giungere nell'epididimo o nel didimo è quella sanguigna. Anatomo-patologicamente la tbc. passa a traverso gli stadi dei follicoli e dei tubercoli e

termina quasi sempre col rammollimento caseoso. La tbc. che si localizza con maggior frequenza nella testa dell'epididimo, si propaga al deferente cui dà l'aspetto moniliforme. Istologicamente si ritrovano i caratteristici tubercoli o i follicoli di Küster.

L'affezione, sempre a decorso cronico passa talora inosservata per l'assenza dei sintomi a carico dell'organo malato, cosicchè la costatazione avviene normalmente. Talora si nota nella regione inguinale una tumefazione ovoidale a superficie liscia o nodulare, a consistenza elastica o fluttuante.

Nei casi finora osservati non fu mai fatta la diagnosi nella orchiepididimite specifica del testicolo ritenuto.

La prognosi non è molto grave. Come cura si esegue la emicastrazione se è colpito tanto l'epididimo che il didimo, la epididimo deferentectomia associata all'abbassamento del testicolo. Nella borsa, se le lesioni sono limitate all'epididimo e al deferente. VICENTINI.

**Fisiologia patologica del teratoma del testicolo.**

Zondeck in un ultimo lavoro ha provato che le cellule basofile del lobo anteriore dell'ipofisi sono responsabili della escrezione di Prolan A.

I fattori che modificano l'escrezione quantitativa di Prolan A. sono:

1) il carattere embrionale del tumore;
2) lo stadio del suo sviluppo;
3) l'effetto della terapia.

Secondo Russell e Fergusson (*The Journal of the Am. Med. Ass.*, dicembre 1933) la quantità di prolan escreta nei vari tipi di tumori del testicolo è così costante da potere porre una diagnosi solo su questo dato.

Nei tumori di volume rilevante con presenza di metastasi la quantità di prolan A. trovasi enormemente aumentata.

In quei casi trattati favorevolmente con raggi X o col radio l'escrezione di prolan va diminuendo gradualmente; se invece l'escrezione di prolan sotto l'azione di cure massive resta inalterata, anche ciò denota che la malattia è già avanzata e la prognosi è infausta. Da ciò si deduce che la rapidità e la misura della diminuzione sono buoni indici per giudicare la radiosensibilità del tumore e sono fattori abbastanza sicuri per fare una prognosi.

Dopo l'asportazione del tumore, ordinariamente si riscontra nelle urine la diminuzione e financo la scomparsa del prolan A.

In caso di tumore, un eccessivo aumento di prolan sta a denotare la presenza di metastasi non ancora apprezzabili clinicamente.

L'A. ha osservato ancora che una aumentata escrezione di prolan A., prodotta da un tumore teratoide del testicolo, produce pure profonde alterazioni nell'epitelio seminale. L'ipofisi presenta costantemente l'iperplasia tipica della gravidanza. In casi di autopsia ed in quelli trattati chirurgicamente, il prolan è stato trovato nel tessuto del tumore in quantità pressappoco eguale a quella già rilevata nell'urina prima della morte o dell'intervento.

S. SCANDURRA.

**Osservazioni sulla torsione del funicolo spermatico.**

Stromingher (*Journ. d'Urol.*, sett. 1933) distingue: una torsione funicolare. quando essa si esercita al di fuori della vaginale; ed una torsione testicolare quando la torsione avviene nel tratto di funicolo intravaginale. Ricorda le varie cause predisponenti (dando molta importanza alla mobilità anormale del testicolo, e riducendo la importanza del fattore criptorchidismo), e le cause determinanti, a volte assolutamente minime (traumi, contrazioni muscolari, masturbazione, ecc.). L'esito della torsione, nei casi gravi, abbandonati a sè stessi è la necrobiosi del vestibolo ed a volte la gangrena; mentre è possibile in alcuni casi di torsione incompleta una detorsione spontanea. Dall'osservazione dei 3 casi, che l'A. riporta risulta chiara la nozione del quadro clinico della sindrome, che, per la subitaneità della comparsa del dolore e della tumefazione testicolare, l'assenza di cause possibili determinanti una epididimite, e la presenza nella vaginale di liquido ematico dovrebbe essere facilmente riconosciuto. Per la diagnosi ha importanza inoltre la nozione di piccoli attacchi ripetuti precedenti di torsione incompleta, comparsi e risolti improvvisamente. Intervenendo nelle prime 10-15 ore è ancora possibile, detorcendo il funicolo e fissando il testicolo, salvare quest'organo, altrimenti è necessario ricorrere all'emicastrazione. LOZZI.

**Il lavaggio delle vescichette nel trattamento delle spermatocistiti croniche.**

Valverde (*Journal d'Urologie*, t. XXXVI, n. 3, sett. 1933) nella cura della blenorragia cronica mantenuta solo dall'infezione delle vescichette seminali ha usato con buoni risultati e quindi consiglia la vaso-puntura di Luys. Questa consiste nell'isolare in corrispondenza del canale inguinale, in anestesia locale, il deferente e nell'iniettare nel suo lume 10-12 cc. d'una sol. al 50 % di collargolo.

In 38 p. dall'A. così trattati, egli non ha lamentato alcun incidente; solo in 8 casi una semplice funicolite che guarì spontaneamente.

In quei casi, in cui il deferente è ostruito nella sua porzione intrapelvica, la vaso-puntura di Luys o la vasotomia di Belfield non è possibile e il lavaggio delle vescichette può allora essere fatto attraverso i canali eiaculatori, per mezzo del cateterismo uretroscopico.

G. GENTILE.

**La cura dell'idrocele con le iniezioni di cloridrolattato doppio di chinino e di urea.**

L. Blavier (*Pr. Méd.*, 1934, 35) ha curato con questo metodo 18 casi di idrocele ottenendo in tutti una guarigione.

Previo svuotamento, si iniettano da 3 a 6 cc. di una soluzione al 25 % in acqua glicerinata di cloridrato doppio di chinino e di urea.

La iniezione è del tutto indolora; nella maggior parte dei casi basta una sola iniezione per ottenere la guarigione, qualche volta l'iniezione deve essere ripetuta, rarissimamente si è dovuto farne una terza.

L'iniezione conduce ad una sclerosi della vaginale e ad un riassorbimento del liquido.

B. PAGGI.

**Trattamento sclerosante dell'idrocele.**

L. Delrez e L. Blavier (*Annali Soc. Belga di Chirurgia*, nov. 1933) hanno praticato in 18 soggetti colpiti da idrocele, di ogni volume e ad ogni stadio, iniezioni intravaginali di 3, 5 cc. di cloridrolattato di chinino ed una al 25 % in acqua glicerinata, previo svuotamento dell'idrocele. Hanno osservato riproduzione del liquido nei giorni seguenti e presenza di una fine crepitazione nella borsa dovuta ad uno strato di fibrina costituitosi nella vaginale. Il liquido scompare dopo 3 o 4 settimane senza che vi sia bisogno di una nuova iniezione. I casi rivisti tutti presentano un lieve ispessimento della vaginale e non recidiva nè atrofia del testicolo. L'avvenire dimostrerà se il risultato è definitivo. PLASTINA.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

**Sulla questione dei corpi pressori nel sangue dei soggetti ipertesi.**

Wesselow e Griffiths (*Brit. Med. Journ. of Experimental Pathology*, febbraio 1934) hanno sperimentalmente studiato il modo di comportarsi della pressione arteriosa dopo l'introduzione in circolo per via endovenosa di estratti alcoolici di sangue intero o di solo plasma prelevato da soggetti normali o da soggetti affetti da ipertensione essenziale o da soggetti affetti da ipertensione maligna (ipertensione con lesioni renali e retinite albuminurica). Gli estratti iniettati ogni volta corrispondevano a 40 cc. di sangue poichè con questa quantità era stato osservato il massimo effetto sulla pressione arteriosa.

I risultati ottenuti hanno dimostrato che tanto nel sangue intero di soggetti normali che di ipertesi esistono sostanze che dànno prima una depressione e poi una risalita della pressione sistolica. Il fenomeno sempre di breve durata è più marcato negli ipertesi essenziali che negli altri individui ed è assente quando viene usato l'estratto alcoolico di solo plasma.

È dubbio che la sostanza che aumenta la pressione sia rappresentata dalla adrenalina o dalla pituitrina circolante.

Le precedenti ricerche di Bon sullo stesso argomento sono in disaccordo con le conclusioni degli AA. ALIERI.

## POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. F. G. da V. L. (Perugia):

Sull'Istituto della Sanità Pubblica veda il R. D.-L. 11 genn. 1934, riassunto in questo periodico, p. 194, e la relazione al disegno di legge relativo, pubblicata in questo periodico, p. 795.

Alcune norme integrative sono contenute nel Testo Unico delle Leggi Sanitarie, articoli 6 a 11.

I primi corsi per l'addestramento del personale sanitario sono previsti per l'anno venturo; presumibilmente avranno durata semestrale; se ne concreteranno i programmi.

G. L.

## VARIA

**Legato a un ospedale inesistente.**

Il sig. Thomas Stanley Forshaw, morto nel 1930, aveva lasciato i suoi beni al « Middlesex Children's Hospital » della Middlesex-Street, in Londra W.

A Londra esiste una via Middlesex, ma non nel quartiere ovest (W) e in questa via non v'è alcun ospedale. Un ospedale Middlesex esiste, ma nella Mortimer-street. L'amministrazione di questo ospedale ha reclamato l'eredità, affermando che il defunto aveva voluto riferirsi a detto ospedale, alle cui attività egli si era interessato; s'invocava la dottrina legale francese del *cy-près*, secondo cui, se non si può attuare la volontà del testatore, bisogna avvicinarvisi al massimo. Ma questa dottrina presuppone che il testatore abbia voluto riferirsi ad uno scopo piuttosto che ad un'ente. Il giudice non se n'è convinto e perciò ha, ora, deciso che l'eredità spetta ai prossimi parenti del testatore.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

C. CANTIERI. *Sull'ascesso tubercolare dell'encefalo.* — Estratto della Rivista di Neurologia, Napoli.

H. EY. *Hallucinations et délire.* — Editore Alcan, Parigi.

S. LEONE. *Profilassi del tracoma e visiva.* — Tip. Randazzo, Siracusa, 1934.

L. AJELLO. *Spunti palogenetici di patologia gravidica.* — Tip. Andò, Palermo, 1934.

V. BACCI. *Il pericnografo.* — Riforma Medica, Napoli, 1933.

*Relazione al Parlamento sull'andamento dell'Ente Autonomo per l'acquedotto pugliese.* — Soc. Edit. Tip., Bari, 1934.

# POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

**Risposte a quesiti per questioni di massima.**

104° *Dottor P. B.* (N.). — La Congregazione di Carità può sopprimere il posto di organico per il servizio di assistenza sanitaria, qualora, s'intende, tale provvedimento sia effettivo e giustificato. Soppresso il posto, è legittima la dispensa del titolare di esso. Tutto ciò in linea astratta. Si deve però esaminare il caso concreto, in relazione alle norme dello statuto e del regolamento della Congregazione. Se per es., il servizio di condotta derivasse da un obbligo statutario, dovrebbe essere prima modificato lo statuto. Se derivasse invece da una disposizione del regolamento organico, basterebbe modificare quest'ultimo.

Nel caso di dispensa dal servizio, senza congruo preavviso, dovrebbe esser pagata la indennità corrispondente almeno a quattro mesi di stipendio.

L'interessato potrebbe ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale.

105° *Dottor S. B.* (S.). — È vero che è decorso molto tempo; ma, non essendo stato annullato l'avviso del concorso ed essendo stata soltanto sospesa la nomina, perchè contestata la deliberazione di licenziamento del titolare del posto, a me pare che il Comune debba provvedere in base alla precedente graduatoria.

106° *Dottor V. V.* (C.). — Il credito non è estinto, per prescrizione, perchè si tratta di rimborso di somme da Lei pagate. Se il Podestà non adempisse, notifichi un atto di diffida col quale chiederà il pagamento delle somme a Lei dovute per le anticipazioni fatte sin oggi, avvertendo che, se entro 15 giorni dalla data di tale atto non riceverà comunicazione affermativa o notificazione di una regolare deliberazione, dovrà ritenere che, con provvedimento negativo, il Comune contesti il Suo diritto. Notificato tale atto per mezzo di ufficiale giudiziario, e decorsi 15 giorni inutilmente, Lei potrà ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale nel termine di giorni 30.

107° *Dottor G. P.* (C.). — La scelta del medico appartiene alla competenza degli organi normali che rapresentano la Mutua, secondo le disposizioni del relativo statuto. Se in questo non sono stabilite ragioni di preferenza, la rappresentanza della Mutua delibera discrezionalmente in base ai requisiti degli aspiranti, e sopratutto alla fiducia.

Sono dispensati da limiti di età per la partecipazione al concorso concernente la nomina del medico condotto coloro che anche in tempo remoto abbiano prestato servizio in condotta per ufficio di titolare.

108° *Dottor* S. B. — È da ritenere che il certificato di iscrizione al P. N. F. non debba essere legalizzato.

Circa le legalizzazioni consulti la nota sintetica pubblicata nel fascicolo 1°, 1934, del « Diritto Pubblico Sanitario » editori Fratelli Pozzi.

109° *Dottor* D. S. — La condizione giuridica dei sanitari dipendenti da Istituzioni di pubblica beneficenza non è regolata dalla legge per l'impiego privato: non sono, quindi, applicabili le norme e le consuetudini concernenti il c. d. 13° mese, le retribuzioni per ferie non concesse il preavviso.

Sono invece efficaci, oltre i principî generali del diritto pubblico, le disposizioni dello statuto e del regolamento della istituzione stessa. Se Lei fu nominato per la durata di tre anni, salvo conferma, e se lo statuto non prevede la stabilità, poteva essere deliberato il licenziamento anche senza preavviso.

110° *Dottor* R. C. — L'incarico della vigilanza igienica è conferito *discrezionalmente* dal Prefetto. Non è consigliabile un ricorso se il Prefetto ha deliberato una nomina provvisoria per motivi di scelta, che sono insindacabili.

111° *Dottor* P. D. — È da ritenere che, essendo diverso il posto di direttore sanitario, il medico chirurgo della casa di ricezione e sala di maternità non abbia diritto senz'altro alla titolarità di quello. L'Amministrazione Provinciale, però, con norma transitoria, potrebbe considerare la condizione del medico attuale.

112° *Dottor E. S.* — Non c'è incompatibilità giuridica tra le funzioni di direttore del laboratorio e l'esercizio della professione. Potrebbe risultare una incompatibilità di fatto se la seconda attività fosse di tale importanza da minorare la prestazione dovuta per l'ufficio di direttore. Secondo le norme generali ora vigenti, a me non pare che possa essere stabilito dall'Amministrazione provinciale un divieto assoluto. Si potrebbe comprendere qualche limitazione. Se la nuova disposizione sarà immediatamente lesiva delle condizioni del rapporto d'impiego già costituito, può ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale e poi in secondo grado al Consiglio di Stato.

---

*N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.*

*Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini,* **sono gratuiti.**

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione. cons. leg. del nostro periodico.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

### L'ufficiale sanitario comunale nel nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie. *)

Il nuovo Testo Unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265, ha apportato notevoli modificazioni alle norme relative al servizio degli ufficiali sanitari.

Anzitutto nell'art. 33 è stabilito il principio che i Comuni provvedono isolatamente o in consorzio ai servizi di vigilanza igienica e di profilassi, servizi ai quali è preposto appunto l'ufficiale sanitario. La nomina dell'ufficiale sanitario nella persona del medico condotto, ammessa dal vecchio T. U. delle leggi sanitarie e largamente applicata nella pratica, è considerata nella nuova legge come provvedimento di eccezione e di carattere temporaneo, da adottarsi quando, per particolari circostanze, un Comune non possa provvedere al servizio di vigilanza igienica da solo od in consorzio con altri.

Il citato articolo fa anche obbligo al Prefetto di emanare uno speciale regolamento per determinare le norme generali per il servizio di vigilanza igienica nella provincia e per gli ufficiali sanitari.

Una norma analoga, relativa agli ufficiali sanitari, esisteva già nell'art. 82 del Regolamento 19 luglio 1906, n. 466, sull'assistenza sanitaria e la vigilanza igienica, ma non aveva avuto completa applicazione. Integrata ed inserita nella legge, questa disposizione acquista maggior valore e potrà contribuire ad una migliore coordinazione dei servizi igienici dei vari Comuni.

Notevoli innovazioni sono state apportate nella procedura per la nomina degli ufficiali sanitari, analogamente a quanto è stato disposto per i medici condotti. Pur mantenendo il sistema del concorso, questo, in linea generale, non è bandito per i singoli Comuni, ma viene indetto ogni anno per il numero complessivo dei posti vacanti nella provincia. Per i Comuni capoluoghi di provincia, o sedi di importanti industrie o dichiarati stazione di cura, soggiorno e turismo, non solo può essere fatto un concorso singolo, ma, previa autorizzazione del Ministero dell'Interno, il Prefetto, prima del concorso pubblico, può bandire un concorso, per titoli, fra ufficiali sanitari in servizio con nomina definitiva conseguita per concorso, al quale sono ammessi anche i medici provinciali e provinciali aggiunti con sei anni di servizio effettivo.

Questa procedura da un lato offre la possibilità ai Comuni più importanti di assumere un personale ben selezionato e già fornito di pratica, e dall'altro permette agli ufficiali sanitari più meritevoli di raggiungere un miglioramento di carriera senza sottoporsi a nuovi concorsi per esame.

(*) *Nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie* con Note e Commento *di A. Carapelle e A. Jannitti Piromallo.* Editore L. POZZI, Roma. Prezzo L. **45.**

Per partecipare ai concorsi pubblici per i posti di ufficiale sanitario è stabilito un limite massimo di età di 32 anni, salvo le agevolazioni di legge per coloro che hanno benemerenze militari o fasciste, e fatta eccezione per i medici provinciali e provinciali aggiunti con tre anni di servizio effettivo, e per i sanitari, nominati per concorso, in servizio come ufficiali sanitari o come medici di uffici d'igiene comunali o di reparti medico-micrografici di laboratori provinciali d'igiene e profilassi.

Le commissioni giudicatrici dei concorsi (art. 36) sono nominate dal Ministero dell'Interno. Esse formano la graduatoria degli idonei in base alla votazione ed alle preferenze di legge, ed hanno facoltà di dichiarare inefficace l'esito del concorso per uno o più posti messi a concorso. La nomina è fatta dal Prefetto secondo l'ordine della graduatoria ed in rapporto ai Comuni per i quali i candidati hanno dichiarato di concorrere. In caso di vacanza di uno dei posti messi a concorso, entro sei mesi dalla pubblicazione della graduatoria, sono nominati successivamente, secondo la graduatoria stessa, i concorrenti dichiarati idonei.

Il periodo di prova, per gli ufficiali sanitari nominati in seguito a concorso, è di due anni, ma è ridotto ad un anno per coloro che, alla data del bando di concorso, prestavano già servizio come ufficiale sanitario con nomina definitiva. Trascorso il periodo di prova, il Prefetto provvede, entro il termine massimo di sei mesi, alla nomina definitiva od alla dimissione con decreto che, in quest'ultimo caso, deve esser motivato genericamente.

L'ufficiale sanitario assunto in servizio è tenuto a prestare al Prefetto promessa solenne di diligenza, segretezza, e fedeltà ai propri doveri, secondo la formula contenuta nell'art. 38, il quale indica pure la formula del giuramento, che deve esser prestato dopo ottenuta la nomina definitiva.

Come la precedente, la legge attuale stabilisce che gli stipendi minimi degli ufficiali sanitari sono determinati dalla Giunta provinciale amministrativa, sentito il Consiglio provinciale di sanità, ed aggiunge che essi non possono esser superiori a quelli, già attribuiti per i posti di ufficiale sanitario, risultanti dopo le riduzioni sancite nel R. decreto-legge 20 novembre 1930, n. 1491, e 14 aprile 1934, n. 561.

Una nuova disciplina è stata data alla materia dei compensi per le prestazioni degli ufficiali sanitari (art. 42-43), statuendo che, per il rilascio dei certificati concernenti gli accertamenti sanitari che le vigenti disposizioni demandano agli ufficiali sanitari, è dovuto al Comune un compenso a carico dei richiedenti, quando tali certificati sono domandati nell'esclusivo interesse privato. La misura del compenso ed i casi per i quali esso è dovuto saranno stabiliti con decreto del Ministero dell'Interno.

Le somme riscosse dal Comune per tali compensi sono destinate al miglioramento dei servizi igienici comunali, detratto il 50 % che è devoluto all'ufficiale sanitario ed il 25 % al personale tecnico che lo ha coadiuvato negli accertamenti. La quota spettante all'ufficiale sanitario e al personale predetto non può eccedere, per ciascuno di essi, durante l'anno, la metà dell'ammontare annuo dei rispettivi stipendi, esclusa dal compito degli stessi qualsiasi indennità accessoria.

Le punizioni disciplinari, di cui trattano gli art. 44-46, sono quelle che già erano sancite dal Regolamento 19 luglio 1906, alle quali sono state aggiunte la riduzione di stipendio e la destituzione.

Una innovazione fondamentale è portata invece dall'art. 47 che stabilisce il limite di età, fissato in anni 65, raggiunto il quale l'ufficiale sanitario deve esser collocato a riposo. Lo stesso articolo disciplina la dispensa o il collocamento a riposo per inabilità fisica, incapacità professionale, soppressione di posto, o per necessità nell'interesse del servizio. Altre circostanze, come perdita della cittadinanza italiana, assenze arbitrarie, ingiustificata mancanza di assunzione o riassunzione del servizio, abbandono volontario d'ufficio, interruzione o turbamento del servizio, portano alle dimissioni d'ufficio. Per mancanze più gravi di carattere morale o politico si può arrivare alla dispensa dall'impiego.

Con queste disposizioni si sono estese all'ufficiale sanitario le norme stabilite dalla legge comunale e provinciale per gli altri dipendenti comunali.

Al personale medico addetto agli uffici comunali d'igiene si applicano, in genere, le stesse disposizioni che valgono per gli ufficiali sanitari.

Infine con opportune disposizioni transitorie (art. 360 e 364) sono stati evitati gli inconvenienti che sarebbero potuti derivare da una troppo rigida applicazione delle norme innovatrici della nuova legge.

Così ai concorsi ai posti di ufficiale sanitario indetti fino al 31 decembre 1937 possono essere ammessi, indipendentemente dai limiti di età, i medici che, alla data del bando di concorso, abbiano prestato tre anni di ininterrotto servizio in uno stesso Comune o consorzio come ufficiale sanitario in seguito a nomina prefettizia, anche provvisoria, purchè siano stati assunti prima della data di entrata in vigore del nuovo Testo Unico (24 agosto 1934).

Il collocamento a riposo a 65 anni di età comincerà ad avere applicazione col 1° luglio 1936, fatta eccezione però per i sanitari che, oltre ai 65 anni di età, abbiano anche compiuto 40 anni di servizio e di quelli che abbiano compiuto 70 anni di età e 35 di servizio, i quali devono esser collocati a riposo a partire dalla data sopraindicata del 24 agosto dell'anno corrente.

A. FRANCHETTI.

# CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGGIUS (*Sassari*). — Scad. 5 nov.; L. 8096 oltre L. 2200 cavalc., L. 880 arm. farm., L. 704 uff. san., già ridotte del 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50.

AGRIGENTO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 28 nov.; direttore del Consorzio e del Dispensario prov.; L. 22.000 oltre L. 1000 serv. att., 3 quadrienni di L. 1200; partecipaz.; età limite 45 a.

BRESCIA. *Ospedale dei Bambini « Umberto I » ed Istituto Rachitici.* — Scad. 15 nov., ore 12; medico aiuto; L. 5500 e partecipaz., guardie L. 25 e vitto; età limite 35 a. al 22 ag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10.

BRUSASCO CAVAGNOLO (*Torino*). — Scad. 15 ott.; L. 7920 aumentab., oltre L. 3030 automob., L. 616 uff. san.; sole trattenute; età limite 45 a.

CALTANISSETTA. *Ospedale Vitt. Em. II.* — Scad. 10 dic.; primario ostetrico aiuto chirurgo; titoli ed eventualm. esami; L. 6000; ritenute; tassa L. 50; età limite 35 a. Per altre condizioni rivolgersi Congregazione di Carità.

CIVIDALE DEL FRIULI (*Udine*). *Ospedale Civile « S. Maria dei Battuti ».* — Scad. 20 nov., ore 18; medico-primario del Reparto di Radiologia e Fisioterapia; età limite 40 a.; tassa L. 50,10; titoli; docum. a 3 mesi dal 20 sett.; stip. L. 6600, oltre L. 600 serv. att., c.-v., 4 quadrienni dec., provvigione 50 %; compenso da fissare per prestazione nel costruendo Padiglione sanatoriale.

FAENZA. *Ospedale Civile.* — A tutto il 31 ott.; sostituto chirurgo e medico assistente ordinario nella Sezione chirurgica; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; stipendio al sostituto chirurgo L. 7000 e c.-v., è inibito l'esercizio della professione libera; al medico assistente L. 4500 e 18 % dello stipendio per serv. att. Chiedere annunzio alla Congregaz. di Carità.

FARINDOLA (*Pescara*). — Scad. 10 nov.; L. 8000 e 4 quadrienni di L. 500, 2400 cavalc., L. 500 se uff. san.; età limite 40 a.; tassa L. 50.

GAIOLE IN CHIANTI (*Siena*). — Scad. 15 ott.; 2ª condotta; L. 8500 e 10 trienni ventes., oltre L. 3500 trasp., c.-v.; alloggio su canone annuo di L. 600; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

MERANO (*Bolzano*). *Civico Ospedale.* — Al 25 ottobre, ore 18; assistente del Reparto Chirurgico; età limite 40 a.; doc. a 3 mesi dal 15 sett.; L. 5000, oltre vitto e alloggio (oppure L. 10 al giorno); riduz. Chiedere avviso.

NOVARA. *Comune.* — Scad. 1 dic.; medico condotto addetto alla vigilanza igienica sanitaria nelle scuole ed all'Ufficio d'Igiene; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3500 trasp.; età limite 32 a.

PENNE (*Pescara*). — Scad. 25 nov.; 1ª condotta; L. 6500 e 10 bienni di L. 325, oltre L. 2400 cavalc.; età limite 40 a.; tassa L. 50.

POGGIOMARINO (*Napoli*). — Scad. 28 ott.; L. 9500 e 3 quadrienni di L. 500; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

RHO (*Milano*). *Ospedale di Circolo « Monumento ai Caduti per la Patria ».* — Scad. 15 dic.; direttore-chirurgo primario; L. 20.000; compartecipazioni; ritenute di legge; età limite 50 a.; titoli.

Roma *Governatorato*. — Scad. 5 nov., ore 12; vice-direttore dell'Ufficio d'igiene e sanità (gruppo A, grado III); titoli ed esami; non sono ammesse le donne. Chiedere condizioni. Rivolgersi al Protocollo della Ripartizione I, Campidoglio.

Roseto degli Abruzzi (*Teramo*). — Scad. 30 nov.; per 2 frazioni; L. 7000 e 4 quadrienni di L. 500, trasp. L. 2400; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

San Giovanni in Persiceto (*Bologna*). *Ospedale Civile*. — Al 31 ottobre, capo del Reparto Medico; L. 10.000; riduz. 6 %, titoli; età limite 40 a.; doc. a 3 mesi dal 26 ott.; il posto non comporta obbligo di residenza, ma solo di orario; serv. entro 15 gg. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

Volterra. *Ospedale Psichiatrico*. — Scad. 15 ott.; 5 medici assistenti; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. att., L. 1500 alloggio. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Ermanno Federici, di clinica oculistica, passa dall'Università di Cagliari a quella di Parma.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Carlo Bertone, in clinica chirurgica; Francesco Spinelli, in clinica oculistica; Pasqualino Montilli, in clinica ostetrica e ginecologica; Filippo D'Asaro e Francesco De Nicolò, in clinica pediatrica; Giuseppe Aurisicchio, in farmacologia e tossicologia; Angelo Caselli, Amelio Fortunato, Francesco Giuffrida, Luigi Magliolo, Pasquale Silvano, Paolo Stanganelli, in tisiologia.

Sono chiamati alle Università per ciascuno indicate i proff.: Friedrich Meggendorfer (ora in Amburgo) per la psichiatria a Erlangen; Hans Naujoks (Marburgo) per l'ostetricia e la ginecologia a Colonia; Ernst Theodor Nauck (Friburgo i. Br.) per l'anatomia a Marburgo; Friedrich Faber (Monaco) per l'odontologia a Friburgo i. Br.; Hermann Groll (Monaco) per l'anatomia patologica a Würzburg. Il dott. Karl Astel (Weimar), presidente dell'Ufficio regionale turingio sulla conoscenza delle razze, è nominato professore all'Università di Jena. Il dott. Georg E. Konjetzny, primario all'Ospedale Cittadino di Dortmund, è nominato professore all'Università di Greifswald.

Alla Scuola Medica Policlinica di New York sono nominati i professori: James P. Croce di clinica medica, Sidney V. Hass di pediatria, Joseph Eastman Sheehan di chirurgia plastica e riparatrice (insegnamento nuovo, con istituto, riservato ai laureati).

Il Consiglio municipale di Monaco ha invitato il prof. Lexer, direttore di quella Clinica chirurgica, ad assumere la direzione dell'Ospedale Civico, in sostituzione del prof. Fr. v. Müller, andato a riposo.

Il prof. K. Gutzeit, direttore sanitario dell'Ospedale Rodolfo Virchow di Berlino, è stato invitato dal Ministero della cultura ad assumere la direzione della Clinica medica dell'Università di Breslavia.

Il prof. H. Runge è stato invitato come ordinario di ginecologia a Breslavia, quale successore di L. Fraenkel, messo in disponibilità per la nuova legge sull'impiego pubblico.

Il prof. M. Schubert di Marburgo ha assunto la cattedra di dermatologia di Francoforte sul Meno in sostituzione del prof. Gaus, andato a riposo per la nuova legge.

Alla Facoltà medica di Parigi sono effettuati i seguenti spostamenti: il prof. Proust, di anatomia medico-chirurgica e medicina operatoria, passa alla clinica ginecologica (ultimo titolare: J.-L. Faure, ritiratosi); il prof. Marcel Labbé passa dalla clinica medica della Pitié a quella Cochin (ultimo titolare: C. Achard, ritiratosi); il prof. Clerc passa dalla patologia interna alla clinica medica della Pitié (ultimo titolare: M. Labbé).

Alla Facoltà medica di Bucarest sono nominati i proff.: M. Ciuca di batteriologia, Jonesco-Mihaesti di vaccino- e siero-terapia.

Il dott. Villard Cole Rappleye, decano della Scuola medico-chirurgica dell'Università Columbia di New York, è nominato anche decano della Scuola di chirurgia dentale ed orale di New York.

Il prof. Mario Aresu, Rettore della R. Università di Cagliari, è nominato ufficiale nell'Ordine Mauriziano.

Il dott. Angelo Valtuone Fodalis, aiuto alla cattedra di patologia medica a Genova, è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia.

# NOSTRE CORRISPONDENZE

*Da Bad.-Nauheim.*

**X° Corso annuale di cardiologia.**

Nei giorni 20-23 settembre si è tenuto a Bad Nauheim, la nota stazione termale, il X Corso annuale di cardiologia, alla presenza di circa 500 medici, tra cui un piccolo numero di stranieri.

Il Corso è stato aperto nella grande Sala delle Adunanze dal dott. Schmitt, medico Governativo, che ha porto a tutti gli intervenuti, e specialmente agli stranieri, il saluto augurale.

Le conferenze sono state invece tenute nell'aula dell'Istituto eretto da W. Kuckhoff per gli studii sulla circolazione e che porta il suo nome.

Il programma del Corso è stato:

Prof. Becher, dell'Università di Giessen: « L'anatomia del miocardio ».

Prof. Krehl, dell'Università di Heidelberg: « Il quadro clinico delle malattie del miocardio ».

Prof. Morawitz, dell'Università di Lipsia: « Terapia medica delle malattie del miocardio in stato di compenso (aritmie, disturbi di conduzione, tachicardia, cuore da Basedow e malattie luetiche del cuore) ». (Il prof. Morawitz, ammalato, fu sostituito dal prof. Lange, dell'Univ. di Monaco).

Prof. Hildebrand, dell'Università di Giessen: « Meccanismo d'azione farmacologico delle medicine usate nelle malattie del miocardio ».

Prof. Hochrein, dell'Università di Lipsia: « Irrorazione e sensibilità del cuore ».

Libero docente Fischer, dell'Univ. di Tabinga: « L'azione sui vasi dei bagni d'acido carbonico ».

Prof. Koch, dell'Istituto Kerckhoff di Bad-Nauheim: « Elettrocardiografia generale ».

Prof. Weber, dell'Istituto Medico Balneologico di Bad-Nauheim: « Elettrocardiografia clinica del danno miocardico ».

Prof. Nonnenbruch, dell'Univ. di Praga: « Il cardiopaziente edematoso e la sua cura ».

Prof. Frick, dell'Univ. di Berlino: « Modificazioni della forma e della funzione del cuore ai raggi X ».

Libero docente Stumpf, dell'Università di Monaco: « Le manifestazioni delle malattie del miocardio sul chimografo ».

Prof. Lueg, di Bad Nauheim: « Modificazioni e controindicazioni dei bagni di $CO_2$ ».

Prof. Aschoff, dell'Università di Friburgo: « Sui danni del miocardio provocati da cause infettive e tossiche ».

Prof. Aschoff, dell'Università di Friburgo: « Sui danni del miocardio da insufficienza delle coronarie ».

Prof. Cobet, dell'Università di Berlino: « La valutazione del danno miocardico ».

Inoltre il prof. Weber ha dimostrato i suoi films sonori che permettono di apprezzare, contemporaneamente, i tracciati grafici e le manifestazioni acustiche del ritmo cardiaco normale e patologico.

V. SERRA.

# NOTIZIE DIVERSE.

**40° Congresso italiano di medicina interna.**

Come già annunziammo, il 40° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna si terrà a Roma presso la R. Clinica Medica nei giorni 17-20 ottobre p. v. Presidente del Comitato ordinatore è il prof. Cesare Frugoni. Temi all'ordine del giorno: 1° « Le meteoropatie » (proff. N. Pende e M. Bufano); 2° « Terapia vaccinica e terapia aspecifica delle malattie infettive » (proff. A. Ferrata e G. Boeri); 3° « Le bronchiectasie » (in comune con la Società Italiana di Chirurgia; proff. A. Omodei Zorini, R. Alessandri, F. Lasagna, A. Vallebona); 4° « Le pleuropatie nell'Esercito » (magg. medico R. D'Alessandro).

Non sono accettate e non iscritte all'Ordine del giorno comunicazioni di soci non in regola con i pagamenti e di aderenti che non abbiano versato la relativa quota di L. 75.

Sede e Segreteria del Congresso: R. Istituto di Clinica Medica, « Policlinico », Roma.

Per deliberazione del Consiglio direttivo non potranno essere inscritte quelle comunicazioni non accompagnate da un breve sunto che (se accettato, anche se la comunicazione non sarà fatta) verrà pubblicato negli Atti.

Sono concessi i consueti ribassi ferroviari. Per chiarimenti rivolgersi al segretario del Congresso: prof. Arnaldo Pozzi, R. Clinica Medica, Roma.

**Il grande Istituto sanatoriale " Mussolini ,,.**

Sarà inaugurato, come annuncia il Calendario del Regime, il 1° dicembre prossimo nella piena efficienza del suo funzionamento. Sorge su di una vasta zona di circa 25 ettari di terreno.

Sette grandi fabbricati costituiscono il nucleo principale del nuovo Istituto: all'edificio centrale fanno ala due padiglioni laterali destinati alle specialità e quattro altri padiglioni destinati ai malati di tubercolosi polmonare. L'insieme degli edifici, maggiori e minori, presenta simmetricamente la forma di un ferro di cavallo. Nella stessa area del Centro sanatoriale saranno poi costruiti una scuola-convitto per assistenti sanitarie e un edificio per ammalati tubercolotici non infettivi.

Al piano terreno e al lato sinistro del grande atrio d'onore, sono sistemati i locali per la Direzione, le sale per il Consiglio d'amministrazione, per i professori, per gli studenti e le biblioteche mentre al lato destro e al piano ammezzato s'allineano le sale per le esposizioni d'igiene sociale e i musei. I padiglioni speciali comprendono una clinica medica, una clinica chirurgica, reparti radiologico, idroterapico e fisioterapico, reparti pediatrico, otorinolaringologico, ortopedico, maternità, il reparto per medici e studenti di sesso femminile con 30 camere ad un letto.

Dal corpo trasversale dell'Istituto, che serve di collegamento all'esedra e che comprende un ampio atrio per gli studenti e la grande aula delle lezioni, si dipartono i due bracci dell'esedra nei quali si trovano i laboratori chimici, batteriologici, istologici e sierologici, mentre al pianterreno dal lato dell'esedra, sono disposti il reparto farmacia e il reparto odontoiatrico. Nei sottosuoli di questi corpi di fabbrica sono invece sistemati gli impianti di disinfezione biancheria, di lavan-

deria, di stireria e di guardaroba nonchè la cucina dietetica e i magazzini dei laboratori chimici.

Ai bracci dell'esedra s'attaccano le branche rettilinee di collegamento con i quattro padiglioni sanatoriali.

È progettato un grande teatro capace di oltre 700 posti a sedere e un vasto laboratorio per i malati.

Non si ospiteranno più solo tubercolotici, ma colpiti da tutte le malattie polmonari, e ciò influirà anche sulla psicologia dei malati che purtroppo molte volte rifiutano di andare in un istituto per tubercolosi, temendo di essere sospettati di tale malattia.

I fabbricati hanno uno sviluppo di circa 25.000 metri quadrati ed una cubatura di circa 390.000 metri cubi con 75.000 metri quadrati di solai e 1500 posti letto per malati; intorno sorge un parco con ampie passeggiate, chioschi e fontane che misura 225.000 metri quadrati.

Verrà sistemata tutta la zona prossima, ove sorgono altre grandiose istituzioni sanitarie.

**Pei servizi igienico-sanitari del Governatorato di Roma.**

Nel prossimo anno sarà inaugurato e comincerà a funzionare il nuovo grande Ospedale per le malattie infettive. Nel bilancio 1935 viene stanziata, all'articolo 74 A-C) la somma di lire 5.650.000 (delle quale L. 1.000.000 per spese di arredamento) nell'intento di mettere l'Istituto in condizioni di iniziare nel prossimo anno il suo funzionamento, salvo ad eseguire gradualmente in seguito le ulteriori opere di completamento.

Per le Stazioni sanitarie nell'Agro Romano, proseguendo il programma svolto nei precedenti esercizi, l'Amministrazione si propone di costruire nel prossimo anno due nuove Stazioni sanitarie con la somma di L. 300.000.

Per i servizi mortuari e cimiteriali è stata stanziata la somma di lire 1.700.000 per costruzione di loculi al Cimitero del Verano e quella di lire 1.000.000 per completare i lavori di ampliamento dell'Ossario comune.

Per il completamento della fognatura è previsto nello stanziamento del nuovo bilancio la spesa di L. 3.700.000.

**Profughi universitari in Inghilterra.**

Il « Consiglio per l'Assistenza Accademica », costituitosi in Inghilterra per aiutare gli studiosi profughi dalla Germania e assicurare l'indipendenza della cultura superiore e l'integrità della scienza, ha compiuto opera vasta.

Da una relazione si desume che il collocamento è difficile, perchè oggi le università costituiscono delle fortezze chiuse, difese da barriere quasi infrangibili per chi non è di carriera, sovratutto inaccessibili agli stranieri. Ragioni amministrative, tendenze nazionaliste e concezioni utilitariste, mettono le università in condizioni assai inferiori a quelle avutesi nel Medio Evo, quando chiunque emergesse poteva essere accolto nel corpo accademico. Malgrado tutto — specialmente in virtù del prestigio esercitato da lord Rutherford, che presiede il Consiglio — si è riusciti a collocare 178 universitari della Germania e qualcuno di altre Nazioni, come la Russia. Nell'Università di Londra ne hanno trovato posto 67; in quella di Cambridge 31 (non solo, ma questa università, frequentata da un ceto ricco, ha contribuito con circa 300.000 lire it. al fondo); in quella di Manchester 16. In quasi tutte le Università e Collegi sono stati messi a disposizione dei profughi i mezzi di studio: laboratori, biblioteche e fondi. Alcuni insegnanti inglesi si sono tassati volontariamente, per aiutare i colleghi. Si sono assegnate sovvenzioni individuali per tre anni, in misura di circa lire it. 10.000 l'anno ai celibi e di circa 15.000 lire it. ai coniugati. Il Consiglio si è anche adoperato ed ha contribuito a cercare sistemazioni fuori dell'Inghilterra: la nuova Università di Istambul ha collocato più di 30 universitari tedeschi; altri sono stati accolti nell'« Università in esilio » di New York; altri ancora in Russia, nel Brasile (ove l'Università di San Paolo, ottimamente organizzata e attrezzata, viene ancora ingrandita e rinnovata) ecc.

Fra tutto, dalla Germania sono stati eliminati 1202 universitari (professori titolari, docenti ecc.); di essi appena 389 sono stati collocati; ma, come si è detto, circa la metà lo sono stati in Inghilterra. Ivi i fondi raccolti sono venuti esaurendosi; ma si ha fiducia di rialimentarli.

**Le lotterie per gli ospedali irlandesi.**

L'ultima lotteria irlandese ha reso circa 180 milioni di lire, di cui 120 sono stati assorbiti dai premi, 30 sono andati agli ospedali e 30 hanno coperto le tasse governative e le spese di organizzazione. Fin'ora le lotterie irlandesi hanno reso circa 1 miliardo e 800 milioni di lire, di cui circa un miliardo e 200 milioni sono andati in premi; gli ospedali hanno ricevuto quasi 380 milioni. Dapprima i soli ospedali per indigenti vennero sovvenzionati, poi anche quelli a pagamento ed ora si è proposto di sovvenzionare gl'istituti scientifici. Le somme sono così ingenti, che si vorrebbe destinarle a costituire dei capitali che rendano gli ospedali indipendenti, nella previsione che questa fonte di ricchezza venga, prima o poi, ad esaurirsi.

Le sottoscrizioni degli irlandesi non costituiscono che appena il 7 % delle somme totali; cosicchè si tratta di un rivolo d'oro proveniente dall'estero. L'Inghilterra vi ha contribuito quasi con due terzi; ha ricevuto anche i due terzi dei premi. Nell'Inghilterra si è contrari a questa speculazione, sovratutto da parte dei puritani e dei nonconformisti, per ragioni di moralità, in quanto i premi non vanno a compensare i meritevoli, ma sono distribuiti dal caso: ond'è che la speculazione viene considerata come antisociale ed assimilata ad un gioco d'azzardo.

Il Governo inglese aveva tentato di opporsi allo smercio dei biglietti, il quale in Inghilterra è illegale; ma il risultato fu trascurabile. Ora il Governo inglese ha adottato nuove misure: cioè vieta la pubblicità alle lotterie; vieta pure di darne qualsiasi notizia e in particolare di render noti i numeri dei biglietti vincenti. Quasi tutta la stampa ha approvato, malgrado i danni che risente dal mancato introito per la pubblicità.

**Azioni giudiziarie.**

La Corte d'appello di Tolosa, confermando il giudizio del Tribunale civile di Castres, ha condannato un medico per negligenza professionale. Egli ad un ragazzo novenne che aveva riportato la frattura dell'avambraccio sinistro, aveva applicato

un apparecchio gessato; si erano prodotti fatti cianotici, ma egli non attuò misure idonee ad impedire l'asfissia, malgrado i ripetuti avvertimenti di un collega: si limitò a qualche taglio dell'apparecchio a livello della mano e del polso. Si rese necessaria l'amputazione dell'avambraccio al terzo superiore. Il medico dovrà corrispondere 20.000 franchi di danni e interessi.

Un medico ospedaliero di Heerlen (Olanda) contrasse il vaiolo nell'esercizio professionale. La banca assicuratrice, « Rijksverzekeringsbank », rifiutò di riconoscere il caso come infortunio sul lavoro; d'onde un'azione, conclusasi con una sentenza del « Comitato centrale per gl'indennizzi ai lavoratori », che dichiara infortunio l'infezione contratta dal medico in servizio.

**Un po' dovunque.**

In occasione del fausto evento che ha allietato la Casa di Savoja e la Nazione Italiana, sono state attuate moltissime iniziative benefiche. I giornali quotidiani ne hanno dato ampie notizie. Ci limitiamo a segnalare che l'Associazione Mutilati ha deliberato d'istituire una Stazione marina permanente per figli e orfani di mutilati e che a Palermo verrà costruito un grande Centro assistenziale.

Hanno avuto l'alto onore di assistere la Principessa di Piemonte e la Neonata, i proff. Valerio Artom di Sant'Agnese, Francesco Piccoli e Rocco Jemma.

Mentre questo numero viene impaginato si svolge a Napoli il 5° Congresso di medicina e igiene coloniali, che fa parte del 2° Congresso di studi coloniali. Ne riferiremo nel prossimo numero.

La riunione annuale della « Société française d'orthopédie » avrà luogo il 12 ottobre alla Facoltà di medicina di Parigi (anfiteatro Vulpian). Temi: « Torace ad imbuto » (relatore Gamier di Parigi); « Trattamento delle paralisi spastiche (sindrome di Little ed encefalopatie) » (relatori Rondel di Marsiglia e Delchef di Bruxelles). Informazioni presso il segretario generale, prof. H.-L. Rocher, rue Judaïque 91, Bordeaux.

Si è costituita a Londra la Fondazione internazionale Florence Nightingale, che ha lo scopo precipuo di organizzare corsi di perfezionamento per infermiere selezionate. Venne letto un messaggio della Regina.

L'11 settembre si è tenuto a San Sebastian, nei locali del Collegio Medico, un'assemblea dei medici ferroviari spagnoli, presieduta dal dott. José Luis Durán Sousa, che è stato confermato presidente; un resoconto della riunione è dato in « Medic. Ibera » (22 settembre 1934).

Si è costituita una Società romena di studi psicoanalitici; alla presidenza è stato chiamato il prof. Radulescu-Motru.

Si è organizzato un Istituto olandese per lo studio dei caratteri ereditari nell'uomo e della biologia delle razze. È diviso in tre sezioni: 1° biogenealogia; 2° statistica medica per l'esame dei caratteri ereditari; 3° studi antropologici sulla biologia delle razze.

Si è organizzato a Leida un Istituto di criminologia.

Nell'Ospedale « Georgia Baptist » di Atlanta (Georgia, S. U. d'A.) è stata organizzata una divisione per cancerosi e affidata al dott. James L. Campbell. Ogni venerdì vi si terranno conferenze e discussioni sul problema del cancro.

La « Metabolic Association » di Filadelfia ha stabilito un « campo per bambini diabetici » dell'età di 5-10 anni, allo scopo d'interessare alla forma morbosa — particolarmente grave nei bambini — i medici, i genitori, i cultori di sociologia, i profani ecc., di migliorare il trattamento, di campionare le registrazioni, di far organizzare reparti ospedalieri, di diffondere cognizioni utili, di tutelare contro le specialità medicinali e dietetiche.

Il gr. uff. Ezio Granelli, per onorare la memoria della madre, compianta signora Cleofe Mazza Granelli, ha messo a disposizione del Capo del Governo la somma di L. 100.000, che sono state destinate alle opere assistenziali di Forlì, città natale dell'Estinta.

Il sig. Florencio Alucha, morto a Buenos Aires, ha legato un milione di pesos per la costruzione, nel Brefotrofio, di un padiglione destinato all'assistenza dei tubercolotici.

A Davos esiste un sanatorio inglese, intitolato alla Regina Alessandra, dovuto ad una iniziativa presa 30 anni or sono da lord Balfour of Burleigh; esso ha un capitale corrispondente a milioni 3,5 e un reddito elevato; accoglie pazienti a retta ridotta (lire st. 2, s. 2, d. 6 alla settimana); durata media del ricovero 7 mesi. Segretario: W. G. Lockett, Davos-Platz, Svizzera.

Nel recente Consiglio dei Ministri è stato presentato e approvato uno schema di decreto concernente varianti al R. D. 7 settembre 1910, n. 711, relativo alla istituzione della Scuola di Sanità Militare Marittima.

Con tale provvedimento la Scuola di Sanità M. M., per ragioni organiche e di semplificazione di servizi, cessa di funzionare a Napoli, per essere trasferita in altra sede, che sarà stabilita con decreto ministeriale.

Alla Facoltà medica di Parigi sono state soppresse la cattedra di patologia interna e quella di anatomia medico-chirurgica e medicina operatoria.

In Argentina sono state annullate varie nomine a professori universitari fatte nel 1928 dal ministro dott. Izzo. Così le cattedre occupate dai proff. Abalos, Coulin, Rueda, Vignolles sono divenute vacanti.

La nuova legge per la carriera ospedaliera in Argentina, della quale demmo già notizia, stabilisce, tra l'altro, che ogni medico ospedaliero deve ogni anno pubblicare almeno due articoli medici o presentare qualche relazione. Ma in pratica sono state commesse delle infrazioni; d'onde critiche e disagi tra i danneggiati.

Il dott. Léon Binet, professore di fisiologia alla Facoltà medica di Parigi — il più giovane degli insegnanti di quella Facoltà — è stato invitato a tenere una serie di conferenze nelle Università argentine.

Il Consiglio dei Commissari del Popolo della Russia, « al fine di stimolare lo sviluppo delle scienze e di elevare la qualifica degli studiosi »,

ha reintegrato, con recente decreto, l'uso ufficiale dei gradi e titoli accademici, che era stato abolito dalla rivoluzione bolscevica. Sono istituiti due gradi accademici: « candidato » e « dottore »; e tre titoli universitari: « assistente », « docente » e « professore ».

In Romania la durata del servizio militare temporaneo per i medici è stata portata da 4 settimane a un anno.

Alla fine del 1933 la città di Vienna contava 5045 medici, tra cui 603 donne.

La Società Medica della Contea di Filadelfia ha condotto un'inchiesta sui pazienti che si presentano negli ambulatori. Su 1036 pazienti, ve ne furono 272 che si erano presentati a due o più ambulatori; di questi ve n'erano 104 che lo avevano fatto perchè non erano rimasti soddisfatti delle prime cure; solo 5 % cambiavano di continuo ambulatori, per abitudine inveterata. Il 95 % incirca dei pazienti erano in condizioni di effettivo bisogno; questi tutti, quando avevano potuto si erano fatti visitare e curare per loro conto.

Il Servizio di Sanità dell'Austria ha emanato un'ordinanza che vieta le conferenze di terapia e di fisiologia fatte da non medici; il divieto non si estende alle società private.

I medici dell'« Auto-Club Médical » francese, diretti dal dott. Ferrau, sono stati ricevuti dal Santo Padre, il quale ha esaltato i servigi che l'arte medica può rendere alla religione.

Il nuovo ministro della pubblica istruzione della Germania ha ordinato che l'Università di Breslavia, in collaborazione con quelle di Gottinga, Kiel e Königsberg, elabori una completa dottrina nazional-socialista per l'insegnamento superiore della gioventù tedesca.

La Camera dei Comuni ha approvato un emendamento che riduce la tassa d'importazione sulle lampade a carbone di diametro superiore a 14 mm., portandola da circa lire it. 15 a circa lire it. 4,50; e ciò in considerazione del fatto che esse sono largamente impiegate per la fisioterapia. Il ministro del commercio, dott. Burgin, rilevò che la diminuzione della tassa va a benefizio dei malati e del pubblico.

Abbiamo dato notizia della tassa doganale stabilita dall'Inghilterra sull'insulina e della pronta revoca di tale tassa. La revoca ha provocato vive proteste, alla Camera dei Comuni, da parte di un deputato protezionista; ma l'on. Chamberlain, ministro del tesoro — che pure è un deciso protezionista — dichiarò che la tassa era stata « una specie d'infortunio per il Governo », il quale aveva ceduto alle richieste dei fabbricanti. Il prezzo si è subito abbassato, con grande vantaggio per i diabetici, per i quali « l'insulina può essere questione di vita o di morte ».

In seguito alla conferenza economica di Ottawa, sono state elevate le tariffe protezionistiche imposte dall'Inghilterra su vari medicinali, tra cui l'olio di fegato di merluzzo, col risultato di creare gravissimi intralci ai produttori (l'olio di Terranova ora va in Inghilterra e quello della Norvegia va negli Stati Uniti: così l'uno e l'altro compiono un viaggio inutile attraverso l'Atlantico), nonchè di ridurre il consumo e di daneggiare i malati.

Il Consiglio della Sanità Pubblica del Connecticut ha stabilito che i carcerati condannati per reati sessuali debbano essere assoggettati a visite mediche, per accertare se siano o non esenti da malattie contagiose, nell'eventualità che le abbiano trasmesse alle persone con cui hanno avuto rapporti. Nel caso che si riscontri sifilide o blenorragia, si deve darne notizia all'ufficio d'igiene statale.

Secondo notizie ufficiali provenienti da Mukden, lungo la linea ferroviaria fra Sipingai e Taonas, è scoppiata la peste polmonare. Sono stati denunziati numerosi morti.

Si è costituito in Inghilterra un comitato per onorare la memoria di Sir Walter Morley Fletcher, che fu il primo segretario del « Consiglio Medico delle Ricerche ». Il Fletcher fu un brillante studioso e un animatore. Nella carica affidatagli si dimostrò anche un ottimo organizzatore della ricerca scientifica. Il Comitato si propone di collocare un busto di Fletcher nell'atrio d'ingresso dell'« Istituto Nazionale per la Ricerca Medica » e di organizzare un laboratorio sugli studi della nutrizione, intitolato al Fletcher, che di questi studi ebbe particolarmente ad occuparsi.

Il ministro di salubrità, agricoltura e zootenia della Repubblica del Venezuela ha pubblicato un volume in cui sono raccolti gli omaggi provenienti dalle varie Repubbliche americane alla memoria del dott. Luis Razetti, gloria del Venezuela e della medicina: chirurgo, studioso, filantropo, propagandista, oratore, uomo probo, difensore instancabile della giustizia.

In Inghilterra di tengono frequenti conferenze e istruzioni pratiche, per medici e studenti in medicina, sui metodi anticoncezionali; interessa notare che sono quasi tutte dovute a dottoresse (troviamo i nomi di Gladys Cox, Cecile Booysen, Helena Wright, nel « Lancet » dell'8 settembre).

Alla settimana sociale di studio dei Giovani di Azione Cattolica della Campania, è stato posto in studio il problema della preparazione alla famiglia. Il prof. V. M. Palmieri, docente di medicina legale all'Università di Napoli, ha trattato la parte biologica, con speciale riguardo alle teorie eugeniche e razzistiche, che egli ha confutato.

All'Ospedale Principale di Praga una giovanissima dottoressa iniettava ad un bambino ustionato 200 cc. di benzina invece di soluzione fisiologica; il Tribunale l'ha ora condannata a cinque mesi di carcere duro.

---

Con profondo dolore apprendiamo la perdita del grande Maestro della chirurgia Francesco Durante, che con Guido Baccelli fu un fondatore del nostro giornale.

Il Suo allievo Roberto Alessandri dirà degnamente di Lui in un prossimo numero.

---

## RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Brit. Med. Journ.*, 23 giu. — R. Philip. Lotta contro la tbc.

*Riv. di Clin. Pediatr.*, giu. — G. Fiore. La pre-tubercolosi.

*Klin. Woch.*, 23 giu. — v. Braunmühl. Patologia colloido-chimica del sist. nerv. centr. — H. Schlossberger e R. Krumeich. Trattam. della poliomielite con siero di convalescente.

*Minerva Med.*, 16 giu. — A. Fulchiero. Tachicardie parossistiche. — G. Böhm. Secrezione gastrica dei tifosi.

*Journ. de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, mar.-apr. — P. Masson. I glomi o anastomosi arterio-venose. — E. Legrend. Piretoterapia della sifilide nervosa.

*Rev. of Gastroenterol.*, giu. — R. Bauer e O. Wosazek. Alcool e funzione epatica. — M. E. Binet. La sindrome epato-endocrina.

*Riforma Med.*, 9 giu. — S. De Candia. Fisiopatologia della corteccia surrenale.

*Arch. Mal. App. Dig. ecc.*, giu. — M. Vauthey. Insulino-regolazione. — O. Kauffmann-Costa e al. Compito del pane bianco nell'alimentazione.

*Wien. Klin. Woch.*, 29 giu. — Fornet. Manifestazioni allergiche. — Jellinek. Respiraz. artificiale.

*Arch. It. di Chir.*, mag. — R. Gatta. Involuzione senile della ghiandola mammaria e fibrosi cistica. — E. Repetto. Raggi U.-V. e guarigione delle ferite.

*Mediz. Welt*, 30 giu. — Il medico e lo sport.

*Presse Méd.*, 30 giu. — M. Brulé e J. David. Ostruzioni del coledoco da adenopatie. — Juster e Caillau. Il problema del cancro.

*Rinasc. Med.*, 30 giu. — A. Pirera. Tbc. abacillare.

*Clin. Chirurg.*, giu. — A. Billi. Idronefrosi da vaso anomalo. — Gullotta. Stenosi intrinseche del piloro da causa biliare.

*Med. Klinik*, 29 giu. — C. v. Noorden. Problemi dietetici.

*Practitioner*, lug. — Disturbi nervosi nella pratica generale.

*Rev. de Méd.*, mag. — Reumatismi.

*Pathologica*, 15 giu. — F. Guccione. Necrosi a focolaio dell'ipofisi e perniciosa comatosa. — R. Severi. Vitamina E e tumori sperimentali.

*Haematoogica*, Arch. VI. — M. Salanitro. Modificazioni ematiche da Thorotrast. — G. Pellegrini. Azione della trasfus. di sangue. — L. Califano. Intossicazione proteica.

*Diagnosi*, II. — I Cappellini e G. Pisani. Meningite acuta linfocitaria benigna. — R. Silvestrini. Febbre ghiandolare dello Pfeiffer.

*Arch. It. di Anat. e Ist. Pat.*, gen.-feb. — F. Guccione. Malattia di Caposi. — A. Giordano. Nefrosi necrotica da tripaflavina. — A. Bilello. Cisticercosi cerebrale.

*Tohoku Jl. exper. Med.*, 30 mag. — A. Takamatsu e al. Ormone disintossicante del fegato.

*Paris Méd.*, 7 lug. — Numero sulle malattie della nutrizione.

*Brit. Med. Journ.*, 7 lug. — H. Patterson. Abuso di preparati tiroidei.

*Ann. di Ost. e Gin.*, 30 giu. — F. Putzu Doneddu. Massa totale del sangue e costituzioni in ostetricia.

*Minerva Med.*, 7 lug. — Numero sulla tbc.

*Presse Méd.*, 7 lug. — P. Vallery-Radot e al. Desensibilizzazione. — M. Laemmer. Il bilancio acido-basico.

*Nutrition*, 1. — Numero sugli stimolanti della nutrizione.

*Arch. It. di Chir.*, mag. — E. Ciocca. Reflusso pielo-venoso e assorbimento intrarenale. — O. F. Mazzini. Coleperitoneo idatico e idatido-peritoneo.

*Arch. It. Mal. App. Dig.*, mag. — M. Gavazzeni. L'ulcera extrabulbare del duodeno. — P. Alessandrini. Sprue, achilia e pellagra.

*Sang*, lug. — G. Fontès e L. Thivolle. Terapia delle anemie da carenza marziale. — C. Vlados. Trasfusione di sangue conservato.

*Deut. Med. Hoch.*, 6 lug. — Westphal e Kuckuck. L'ulcera peptica. — Ernst. Progressi della radioterapia.

*Journ. de Méd. de Lyon*, 5 lug. — L. Bouchut. Reumatismi trattati con l'ascesso di fissaz.

*Journ. Méd. Franç.*, giu. — Numero sul linfatismo.

*Riv. di Pat. e Cl. d. Tuberc.*, 30 giu. — L. Cannavò e S. Fiandaca. Ricambio intermedio nella tbc. polm. — B. Boggian. Esiste antagonismo tra malaria e tbc.?

*Journal A. M. A.*, 23 giu. — H. Thomas. Che cos'è una pelvi normale? — J. G. Downing. Cosmetica.

*Mediz. Klinik*, 6 lug. — L. Aschoff. Problemi sul cancro.

*Arch. Intern. Med.*, 6. — L. M. Hurxthal. Colesterolo del sangue. — E. F. Cain. Ipertensione maligna. — E. Muntwyler e al. Equilibrio acido-basico.

*Revue de Chir.*, giu. — H. Finsterer. Trattam. chirurgico delle affezioni benigne dello stomaco e del duodeno.

*Rev. de Chir. de Barcelona*, mar. — A. Ley. Trattam. chir. della siringomielia.

*Journ. Nerv. a. Ment. Dis.*, lug. — A. G. Tourain e G. Draper. L'emicranico.

*Sperimentale*, apr.-giu. — G. E. Parenti. Endocardite da enterococco. — G. Patrassi. Flora batterica nelle coliti dissenteriformi. — L. Califano. Degenerazione grassa. — G. Perogaro. Glutatione e febbre.

*Cl. Med. It.*, lug. — A. Guglielmi. Curva glicemica negli epatici. — G. Margreth e B. Davolio-Marani. Reticolociti nelle malattie del sangue. — M. Sigon. Studi sulla febbre. — F. D'Avos. Funzionalità renale negli epatici.

*Wien. Klin. Woch.*, 13 lug. — Frisch. Trattam. dell'epilessia.

*Riv. Oto-Neuro-Oftalm.*, mag.-giu. — Torrini. L'anisocoria nelle lesioni infiammatorie auricolari. — Maspes. Pneumografia dell'encefalo. — Vercelli. Sindrome peduncolo-protuberanziale di probabile natura infettiva.

*Riv. It. di Terapia*, 30 mar. — C. Papp. Cura dell'accesso di tachicardia paross. — V. Maccone. Alcoolterapia endovenosa della tbc. polm.

*Presse Méd.*, 4 lug. — H. Vaquez e M. Mouquin. Trattam. dell'eritremia con fenilidrazina. — P. Pagniez. Trattam. dell'epilessia.

*Brit. Med. Journ.*, 14 lug. — F. S. Fowweather. Esame della funzione renale. — H. P. Himsworth. Diete a contenuto alto di carboidrati ed efficienza insulinica.

*Klin. Woch.*, 14 lug. — W. Brandt. L'acqua pesante. — W. Österreicher. Eliminaz. di follicolina e prolan da parte di uomini.

*Ann. Inst. Pasteur*, lug. — G. Bertrand e P. Serbescu. Alluminio e cancro. — J. Valtis e F. Van Dense. Variazioni del virus tubercolare.

*Presse Méd.*, 14 lug. — M. CHIRAY e J. BAUMANN. Trattam. dell'intossicaz. d'origine intest. — F. SÙCLOUNOFF. L'acetilcolina nel trattam. dell'ictus emiplegico.

*Münch. Med. Woch.*, 13 lug. — F. JAMIN. Pletora ipofisaria.

*Rinasc. Med.*, 15 lug. — G. FUMAROLA. Meningioma del lobo frontale sin.

*Journal A. M. A.*, 30 giu. — D. B. DAVIS e F. P. CURRIER. Morbo di Morquis. — B. FANTUS. Fleboclisi di destrosio. — J. FELSEN e A. G. OSOFKY. Meningite da viridans; guarig.

*Amer. Journ. Med. Sc.*, lug. — S. MCGIRM e P. D. WHITE. Stenosi aortica. — E. NADLER e al. Il blu di metilene per iniezioni endovenose. — C. BRUEN. Il sottonitrato di bismuto nell'ipertensione arteriosa. — J. O' CONNOR e al. Funzionalità epatica nella tbc. polm. — R. D. FRIEDLENDER. Cutireazione della trichiniasi.

*Rass. di Cl., Ter. e Sc. aff.*, mag.-giu. — G. SCORPATI. Lecitina per via endovenosa nella tbc. polm.

*Riv. Ital. di Ginec.*, giu. — I. STURIA. Il « segno endoteliale » nel campo ostetr.-ginec. — S. ZUCCHI, M. TRETTENERO. Prova di Friedmann.

*Riv. di Psicol.*, apr.-giu. — S. DE SANCTIS. Delle cosidette « reazioni » in caratterologia e psichiatria.

*Giorn. di Batteriol. e Immunol.*, lug. — F. MASSIMELLO e al. Equilibri delle difese immunitarie. — M. BONINO. Diagnosi di tbc. renale. — L. BAJ. Sistema endocrino e fratture.

*Wien. Klin. Woch.*, 20 lug. — BUTENANDT. Ormoni sessuali.

*Ann. de Méd.*, lug. — J. TROISIER e al. La primo-infezione tbc. nell'adulto.

*Riforma Med.*, 30 giu. — S. MARRADI FABRONI. Morti apparenti e improvvise. — S. FIUNDACA. Fisiopatologia dell'epifisi.

*Deut. Med. Woch.*, 20 giu. — Radiologia.

*Presse Méd.*, 18 lug. — M. LABBÉ. Ipoglicemia provocata.

*Med. Welt*, 21 lug. — F. MANDL. L'articolazione del ginocchio nello sport. — W. RICHTER. L'eczema anale.

*Med. Klinik*, 20 lug. — O. WUTH. Il morfinismo.

*Accad. Med.*, lug. — M. MANARA. Influenza del fegato sul ricambio dell'acqua.

*Paris Méd.*, 21 lug. — L. DAUTREBANDE. Nozioni trascurate di dietetica antidiabetica.

*Rev. Sud.-Amér. de Méd. et Chir.*, mag. — H. ANNES DIAS. L'elettricità atmosferica e sua influenza in biol. e patol.

*Bull. Méd.*, 21 lug. — H. RUTTENBECK. Elettroforesi della glicogolla nella distrofia muscol. progressiva.

*Rev. Méd. Suisse Rom.*, 25 lug. — Radiologia.

*Lancet*, 21 lug. — C. H. ANDREWES. Virus e tumori.

*Münch. Med. Woch.*, 20 lug. — F. JAMIN. Pletora ipofisaria.

*Brasil-Méd.*, 30 giu. — T. DE AVEZEDO. Indice di robustezza di Fróes.

*Jornal dos Clinicos*, 15 giu. — H. LION PÓVOA. L'anemia nelle verminosi.

*Chir. d. Org. di Movim.*, giu. — A. BONOLA. Discondroplasia. — V. PUTTI. La cura delle fratture: problema di organizzazione.

*Lancet*, 28 lug. — W. SMITH. Clima e salute.

*Münch. Med. Woch.*, 27 lug. — H. SIEDENTOPF. Prevenzione dell'eclampsia. — K. WOTZKA. Ipoglicemia spontanea.

*Med. Welt*, 23 lug. — W. JAENSCH e W. SCHULZ. Problemi costituzionali.

*Bull. Méd.*, 28 lug. — Collassoterapia.

*Deut. Med. Woch.*, 27 lug. — MELLINGHOFF. Uremia nella deficienza di sale.

*Arch. It. di Chir.*, giu. — G. COSTA. Stenosi intestinali tardive secondarie agli incarceramenti erniari.

*Wien. Klin. Woch.*, 27 lug. — A. ASCOLI. Manifestazioni collaterali anacoretiche nei processi infiammatori.

*Morgagni*, 8 lug. — P. FORMICOLA. Influenza della temperatura del corpo sulla glicemia e sulla riserva alcalina.

*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 lug. — Oto-laringologia.

## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI. Red. capo. A. POZZI, Resp

**Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier**

ANNO XLI Roma, 15 Ottobre 1934 - XII Num. 41

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE
SEZIONE PRATICA
REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



# LEZIONI

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA
SCUOLA DI MEDICINA PRATICA A. MINICH

## Sinfisi cardiaca. Operazione di Brauer.

Lezione del prof. G. JONA, medico primario.

B. Erminia, di a. 38, proprietaria di negozio, da Arezzo, entra in Divisione il 2 maggio c. a.

Padre morto di neoplasma gastrico, madre e tre fratelli viventi e sani. Mestruazione, iniziata a 12 a., fu sempre piuttosto irregolare e scarsa. Cinque anni fa pleurite secca bilaterale, della durata di poche settimane.

Nel febbraio del corr. anno nuova pleurite sin. iniziata con brivido, dolore puntorio alla base sinistra e febbre a 39,5, tosse con scarso escreato. Febbre e dolore durarono circa un mese e mezzo. L'ammalata cominciò poi ad alzarsi, ma dopo pochissimi giorni era riapparsa la febbre, ed inoltre, coi primi passi per la casa, era insorta dispnea, gonfiore del ventre, tendenza ad edemi degli arti inferiori. Ricoverò allora (il 2 aprile) nella nostra Divisione, dove fu constatato: stato di nutrizione buono, succulenza malleolare, persistente ottusità alla base toracica sin., con murmure scarso e crepitii pleurici alquanto diffusi: toni del cuore netti, deboli, milza e fegato in sede. Pressione arteriosa assai bassa (90 Mx., 40 Mn.), diuresi notevolmente scarsa (fra i 200 e gli 800 cc. giornalieri). Orine normali.

Apiressia costante. Cutireazione positiva. Sputo: Koch negativo.

L'ammalata trattata con ricostituenti e cardiotonici, migliorò, e volle uscire, malgrado il nostro consiglio, il 22 aprile, per ragioni famigliari.

Senonchè, pur rimanendo in piedi solo poche ore della giornata, pochissimi giorni dopo uscita, riapparve dispnea, edemi diffusi degli arti, senso penoso di tensione al ventre e specialmente all'ipocondrio destro, e fu perciò rinviata d'urgenza in Divisione.

E. O. Aspetto sofferente, decubito semi-seduto, respiro frequente superficiale, cute pallida, estremità digitali sub-cianotiche. Notevole turgore delle due giugulari, e specialmente a sin.: valvole tese, pulsazioni piccole, eguali, frequenti, diffuse dalla clavicola sino quasi al margine mandibolare.

R. 32, p. 120, press. mx. 100, mn. 75, media 90, IO:2.

Torace: ampio, poco mobile.

Cuore: punta non visibile nè palpabile; rientramento sistolico lieve, diffuso in 3° e 4° spazio. Alla percussione, la punta si delimita in 5° spazio sulla mammillare. Il margine sin. deborda dallo sterno 3 dita in 3° spazio, 4 dita in 4° spazio. Il

margine destro deborda dalla marginale S. dello sterno, di 1 cm. in 3° spazio, 2 cm. in 4° spazio. I toni sono netti in tutti i focolai, ma assai deboli.

In posizione laterale, non si palpa urto della punta: l'ottusità plessica non si sposta.

App. respiratorio: ipofonesi alle due basi, posteriormente; fr. v. presente, ma scarso a sin. Murmure aspro, scarso, con qualche crepitio alla base.

Addome espanso; piccolo versamento mobile. Fegato sporgente due dita sotto l'arco costale; margine rotondo, duretto, alquanto dolente, non pulsante.

Urine: scarse, peso sp. 1023; ac., limpide, alb. traccie minime, gluc. assente.

L'ammalata, nei giorni successivi, mantiene condizioni pressochè immutate. È agitata, insonne, non si nutre.

I cardiocinetici modificano poco o nulla così lo stato subbiettivo che il reperto obbiettivo, e la diuresi, sempre assai scarsa (da 300 a 400 cc.).

Solo colle iniezioni di Tachidrolo, praticate a distanza di 4-5 giorni una dall'altra, si ottengono scariche orinarie copiose, da 1600 a 3200 cc.). I due giorni successivi, miglioramento subbiettivo, riassorbimento quasi totale degli edemi, diminuzione del fegato; il comportamento delle giugulari non muta.

Azotemia (g. 22 V) 0,27 %.

L'es. radiologico (prim. Faccini) dà: « ombra cardio-aortica a forma di triangolo con apice superiore smusso, senza differenziazione fra cuore ed aorta, senza la convessità caratteristica dell'art. polmonare a sin. Larghezza della parte alta del peduncolo, superiore alla norma. I battiti cardiaci sono rilevabili come piccole onde a tutto il contorno; non si localizza con certezza la punta cardiaca.

Fra terzo medio e terzo superiore del contorno sinistro, una cuspide verosimilmente a carico del sacco pericardico è da interpretarsi come esito di pleurite mediastinica ».

*
**

Da quanto avete udito, dall'aspetto stesso della malata che Vi sta dinanzi, è chiaro che le sue sofferenze sono di carattere circolatorio.

La dispnea, la sub-cianosi delle mucose, il polso frequente e vuoto, gli edemi degli arti inferiori, il turgore delle vene del collo, pulsanti, il senso di tensione dolorosa della regione epatica, l'estrema scarsezza di orine, sono tutti caratteri delle grandi insufficienze del circolo.

Ma quando poi, fondandoci su tali fatti anamnestici e sui segni razionali e fisici offerti dalla malata, ci apprestiamo a stabilire sede e causa di tale insufficienza, vediamo che il problema presenta una qualche difficoltà.

In questa donna, ancora giovane, che non fu reumatica, che non fu luetica, andiamo anzitutto a ricercare il cuore, dove è la massima frequenza delle cause di insufficienza del circolo.

Il cuore è moderatamente ingrandito trasversalmente, ha ritmo frequente, regolare, toni poco validi, ma netti e distinti, costantemente.

Un vizio valvolare è da escludersi.

Non può escludersi in modo assoluto un fatto a carico primitivamente del miocardio.

Ma un cuore affetto da miocardite primitiva, qualunque sia la sua origine, quando giunge a dare un quadro circolatorio così grave, suole essere più grande di quanto non sia nel caso nostro, ed è grande a carico di tutti i diametri, mentre gli aumenti parziali, dell'una o dell'altra sezione del cuore, avvengono nelle forme secondarie: tali nei vizii valvolari, tali nell'enfisema polmonare, tali nella nefrite cronica. Nel caso attuale è aumentato solo il diametro trasversale. E il ristagno venoso, determinato dalla miocardite darà ingorgo e polso giugulare, ma non coi caratteri, presenti qui, di vero sbarramento alla discesa della corrente, che possono trovarsi solo in particolari complicazioni, come p. es. nella trombosi dell'atrio.

Potremo pensare ad una lesione dell'aorta? Un'aortite è difficilmente ammissibile, in soggetto giovane, senza sifilide, senza reumatismo, senza malattie infettive recenti; d'altronde non è questo il suo quadro. Ammesso pure che un'aortite può esistere senza che si ascoltino soffii, ammesso che con essa si accorda l'ampiezza dell'area del peduncolo vasale, dimostrata nella nostra malata plessicamente e radiologicamente alquanto superiore alla norma, ammesso ch'essa può dare subdolamente, in sè quasi latente, i segni della insufficienza generale circolatoria, è certo all'incontro che essa suole accompagnarsi ad algie di tipo anginoso o anginoide, che qui mancano, ed è certo che il quadro generale della sofferenza circolatoria è nell'aortite quello delle grandi malattie arteriose, a tipo pallido, non quello della prevalente stasi venosa, come nel caso nostro.

Esclusi i vizi valvolari, esclusa la miocardite, esclusa l'aortite, cerchiamo le cause nell'involucro cardiaco. Pensiamo cioè al pericardio.

Ma anche qui possiamo escludere subito e con certezza così una pericardite fibrinosa, come un versamento intrapericardico. Per la prima, manca e mancò lo sfregamento pericardico, per la seconda manca il grande e caratteristico aumento dell'area cardiaca colle sue modificazioni nelle varie posizioni, colla caratteristica sua immagine radiografica.

Resta invece un altro genere di lesione pericardica, esito di un processo infiammatorio pregresso, che può aver lasciato di sè una traccia, capace di raggiungere la più grande gravità, pur senza avere un'altrettale imponenza di reperto semeiotico diretto, e cioè la *sinfisi cardiaca*.

Vi dico subito che in questa degenza della nostra malata, l'idea della sinfisi cardiaca mi si impose, non appena constatati i primi fatti, positivi e negativi, di ordine circolatorio.

Tuttavia non volli presentarne subito a Voi una *diagnosi diretta* perchè in realtà non ci sono (o non ci sono tutti), quei segni che passano classicamente per essere i patognomonici della sinfisi cardiaca o che furono descritti il più spesso come propri ad essa.

Una elencazione e una classificazione di essi ci fu data dal compianto Sacconaghi in uno

studio completo di questa forma, (Roma, 1924), in cui adottò pure una terminologia appropriata ed in parte nuova.

Egli ha distinto i tre grandi gruppi: fenomeni essenzialmente locali; fenomeni cardio- o pneuritmici di arterie, vene, laringe; fatti periferici di squilibrio circolatorio cardiogeno.

Per omaggio al geniale e meditato lavoro di lui, vi riferisco colla sua stessa nomenclatura tutti i fatti che egli ha elencato nel primo gruppo e che sono i segni più diretti della lesione: la mancanza dell'itto apicale, poi gli elevamenti e gli avvallamenti pre-ventricolari (che egli chiama manifestazioni cardiosolidarie scompatte); poi gli avanzamenti e gli arretramenti sistolici compatti, o semi-compatti che possono presentarsi alla parete preventricolare o all'epigastrio, o alla parete toracica dorsale (manifestazioni cardio-solidarie compatte e semi-compatte). Vi ricordo che Maurizio Ascoli ha aggiunto di recente un altro arretramento sistolico, quello del torace antero-laterale destro.

Sempre nel primo gruppo, Sacconaghi pone i segni di anormalità di volume del cuore (tra cui l'ingrandimento, l'impedito crescimento, il coatto impiccolimento), i segni di sua anormale giacitura e anormale suo contorno radiologico, poi i segni acustici (tra cui l'oscurità dei toni, il ritmo a tre toni, i rumori e fremiti cardiofibrechiali); i segni di alterata spostabilità passiva del cuore, di mancante insinuamento passivo del lembo polmonare anteriore sin. nel profondo inspirio, di mancante avanzamento della parete toraco-addominale anteriore, nella regione precordiale, nel profondo inspirio. Finalmente, e non meno importante, è la alterata configurazione precardio-parietale, talora per depressione, talora per rilievo di essa.

Come vedete, questa non è che una elencazione di tutti i segni che nella vasta casistica, furono descritti, e che mostra quanto essi si presentino varii e anche contradditorii dall'un caso all'altro.

Inoltre alcuni di tali segni hanno perduto o sminuito il loro valore, come la retrazione sistolica della punta; altri sono di difficile constatazione in casi singoli: così nel nostro, la nutrizione ben conservata nella malata, lo spessore cospicuo della parete toracica con abbondanza d'adipe, mentre concede di apprezzare una retrazione sistolica diffusa di parte della regione precordiale, toglie forse di apprezzare altri di quei movimenti che Sacconaghi chiama compatti. Ancora, l'imponente turgore e tensione delle vene del collo, animate da continue ma lievi pulsazioni non permette di stabilire con sicurezza se vi è o non vi è un collasso diastolico, segno eccellente di sinfisi, secondo Friedreich, e che solo da un flebocardiogramma di cui non posso disporre, potrebbe forse esser qui dimostrato. È anche per queste ragioni che Vi ho prospettato la diagnosi di *sinfisi*, solo dopo aver escluso che più comunemente e più direttamente si sogliono porre. Nè sarebbe colpa il formulare in questo campo una diagnosi per esclusione. È pensiero espresso abbastanza spesso da clinici insigni: *nei gravi scompensi circolatorii, quando non vi è lesione evidente di orificii e di miocardio, bisogna pensare alla sinfisi*, il che dimostra che non è raro che alla diagnosi di sinfisi, si arrivi per esclusione.

Malgrado tutto però, anche nel caso nostro, non si può dire che segni generali e segni locali diretti difettino completamente.

La punta non è palpabile nè in posizione supina nè in posizione laterale, l'ispezione e la palpazione, mentre non riescono a stabilire l'urto della punta, dimostrano invece un lieve ma evidente rientramento sistolico di 2 o 3 spazi, piuttosto diffuso, e che corrisponde alla *depressione pluricostale* di Iaccoud: fatto anche questo non patognomonico, che Murri dimostrò ed interpretò anche in casi in cui non vi era la sinfisi, ma che tuttavia depone ordinariamente in favore di questa.

Poi merita di essere analizzato il comportamento delle vene del collo, ambedue turgide, e più ancora a S. che a D., ambedue tese e pulsanti: turgore e pulsazione sono visibili così a corpo supino che a tronco eretto; le pulsazioni sono piccole, eguali, regolari; e si estendono fin quasi al margine della mandibola, e sono, spesso, ancora più manifeste nella porzione distale delle vene che nella porzione centrale.

Questi fatti sono importanti per la diagnosi, ove si pongano in rapporto col complesso del quadro. Vi ricordo a questo proposito la bellissima conferenza tenuta in questo nostro Ospedale, anni or sono, dal compianto Dagnini (Giorn. Medico dell'Ospedale Civ. di Venezia, febbr. 1928) *sui segni della stasi venosa nel circolo generale*, e in cui questo illustre osservatore, che tanti contributi aveva già arrecato alla conoscenza del polso venoso, aggiunse fine minuzie sul comportamento del polso giugulare, ponendole in particolare rapporto colla sinfisi cardiaca.

Sempre ebbi presenti quei pensieri di Dagnini nell'osservare questa malata.

Egli fra l'altro osservò in uno dei suoi infermi, a giugulare tesa e pulsante, che la parte centrale di essa pulsava, mentre era immobile la porzione distale: e facendogli eseguire una espirazione forzata a glottide chiusa, vide che di mano in mano che la vena inturgidiva maggiormente, il fenomeno della pulsazione si invertiva, venendo a mancare nella porzione centrale e rendendosi evidente nella distale.

Del fenomeno, da lui reso evidente con eloquentissime grafiche, diede una spiegazione esauriente, sempre rapportata alla grande difficoltà di svuotamento nel cuore destro.

Ho osservato nella nostra malata in cui la giugulare è spesso tutta pulsante, che, non di rado, pure a respirazione ordinaria, quindi senza l'artificio adoperato da Dagnini, si presenta l'insolito fenomeno della pulsazione del tratto distale, fin quasi all'angolo della man-

dibola, mentre il tratto centrale, sempre ripieno e teso, non pulsa.

Se leggerete con attenzione le pagine di Dagnini, vedrete che è legittimo il dedurre da questo fenomeno della nostra malata, la particolare gravità dell'ostacolo allo svuotamento delle vene, ostacolo, che (tenuto conto da un lato del carattere atriale del loro polso, e, dall'altro lato, della mancanza di vizi valvolari che lo giustifichino), si deve attribuire a mancante aspirazione diastolica dell'atrio, con ogni probabilità per ragioni meccaniche che ne ostacolano la dilatazione, e quali si presentano, sopra ogni altra lesione e più spesso che in ogni altra lesione, nella sinfisi del pericardio.

Anche il comportamento dei fatti generali di stasi ci richiama verso una diagnosi di sinfisi. In questa, sono particolarmente notate la stasi nel dominio della cava inferiore, ma, più ancora, quella nel dominio epato-portale; ambedue veramente sono proprie di ogni grave insufficienza circolatoria, specialmente nei vizi mitralici avanzati, nella insufficienza della tricuspide primitiva, o secondaria; ma certamente nella sinfisi pericardica, sono i fatti epato-portali particolarmente precoci ed accentuati rispetto ad altri segni, portando più facilmente ad ascite ed a cirrosi secondaria del fegato, da cui le note sindromi di Pick e di Hutinel.

Ora anche nel caso nostro, nelle sofferenze subbiettive prevale il senso di tensione epigastrica ed ipocondriaca destra, c'è ascite quando sono tenui gli edemi degli arti inferiori, e il fegato, grosso, a margine tondo, ma duretto, e poco modificabile nei periodi di un qualche miglioramento generale, depone per un avviamento alla cirrosi.

Tutti questi fatti si inquadrano dunque bene nella diagnosi di sinfisi. Non dobbiamo però dispensarci da ulteriori diagnosi differenziali. Possiamo pensare ad un tumore del mediastino comprimente la cava superiore? Il reperto radiologico lo esclude. Possiamo pensare ad un vizio congenito del cuore? Non c'è vizio congenito d'importanza che non dia cianosi o soffii. Possiamo pensare ad un tumore primitivo del cuore? Questa ipotesi prospettata da uno dei miei assistenti non è irragionevole: quando un grave quadro circolatorio con insufficienza cardiaca progressiva e rapida, non è perfettamente inquadrabile in una delle forme comuni, dovremo tener presente anche questa possibilità, e se la sindrome è fortemente e rapidamente oscillante di gravità, dovremo pensare alla possibilità di un tumore poliposo. Invece la diagnosi non viene prospettata mai, proprio perchè, data la sua estrema rarità non vi si pensa. Il mio assistente vi pensò, ricordando il caso che avemmo in Sala l'anno scorso, caso che si presentava come di sicura lesione cardiaca, ma di sindrome non bene inquadrabile, e a fortissimi bruschi mutamenti: andammo al tavolo anatomico dichiarando di non aver saputo formulare una diagnosi, nè tra le diagnosi ventilate pensammo affatto al tumore del cuore: all'autopsia trovammo un mixoma peduncolato, partente dalla parete interna dell'atrio sinistro, nel suo tratto sottoovalare, con integrità degli apparecchi valvolari e del miocardio. Orbene, lodo il mio assistente per aver prospettato anche questa possibilità, ma penso che anche all'infuori di una discussione sui segni, il criterio delle probabilità sta contro l'ipotesi: le poche volte che sopra un caso di assoluta eccezione mi sono fondato per ammetterne, solo che per analogia, un secondo, a più o meno breve distanza, mi sono ingannato.

Appunto perchè pochi mesi or sono avemmo in Sala un tumore del cuore, non so discuterlo qui, ove tanti criteri rendono possibile una diagnosi appartenente a una ben più comune patologia.

Ammetto dunque la sinfisi pericardica: con ciò non ho detto tutto: bisogna precisarne la forma anatomica e clinica, e bisogna precisarne la natura.

Riguardo alla prima si tratta di una pericardite adesiva interna, oppure della pericardite esterna o mediastino-pericardite? Al tavolo anatomico, è non rara così la prima che la seconda, certo è più facile che vi giunga indiagnosticata quella interna che si limita alla aderenza dei due foglietti pericardici, poichè in realtà questa è compatibile con un funzionamento sufficiente del cuore, e può restare clinicamente muta.

La sinfisi che si accompagna alla grande insufficienza di circolo, è quella che si accompagna ad un ispessimento del connettivo del mediastino, ispessimento che può giungere alla forma callosa e alla forma calcificante. Sacconaghi la chiama *periechia sinechiale*.

La mediastino-pericardite è dimostrata nel caso nostro dal quadro generale circolatorio, sopratutto dalla imponente difficoltà di svuotamento delle vene del collo, che fa pensare che il cuore sia veramente inchiodato da aderenze esterne ad esso.

Lo fa pensare anche il costante diverso comportamento delle due giugulari: la sinistra è sempre più fortemente turgida della destra.

Nei casi in cui il turgore ed il pulsare delle giugulari è dovuto ad una delle comuni cause di stasi del cuore destro, avviene spesso l'inverso: se v'è differenza fra le due giugulari, è la destra la più turgida perchè più direttamente risente la stasi del cuore. Qui l'inversione del fenomeno non può esser dovuto che a ciò, che il connettivo premediastinico in iperplasia infiammatoria, è variamente addensato nella sua parte alta sopra-cardiaca e cioè più addensato a sinistra che a destra: ipotesi confermata dal diverso comportamento anche dei due polsi radiali, di cui il sinistro è costantemente e evidentemente più piccolo e meno teso del destro

È probabile che il connettivo comprima alla sua origine anche la succlavia sinistra.

Parliamo ora del reperto radiologico. Ci ha

esso aiutato nella diagnosi di sinfisi? Il radiologo, a cui abbiamo sottoposto la nostra diagnosi pel controllo, onestamente ci rispose, che i suoi dati la rendevano *possibile*, e non più.

In realtà, un quadro radiologico definito dalla sinfisi cardiaca non esiste. Esistono però dei segni che la rendono probabile, e solo in casi particolari, dei segni che la rendono sicura.

Alcuni dei segni radiologici non sono che i puri e semplici corrispondenti dei fatti semiotici: l'ingrandimento dell'ombra cardiaca; la particolare debolezza della pulsazione nei margini di questa, la pulsazione diffusa della superficie cardiaca, la poca spostabilità del cuore sia lateralmente che verticalmente, così nei cambiamenti di posizione del malato, come nei profondi movimenti del respiro, la retrazione sistolica dello spazio intercostale posteriore di Broadbent.

Segni propri dell'esame radiologico possono essere in casi singoli: il contorno irregolare festonato dell'ombra cardiaca, la scomparsa degli angoli cardio-diaframmatici, la scomparsa dello spazio chiaro retrocardiaco, la presenza di strie che dai margini, piuttosto indistinti, dell'ombra cardiaca, si spostino o verso il campo polmonare, o al diaframma, e alla parete anteriore o posteriore.

Naturalmente questi segni saranno presenti, quanto più vaste e fitte ed irregolari saranno le aderenze, particolarmente del cuore cogli organi vicini; e quindi solo nella pericardite esterna o mediastino-pericardite. Alcuno poi sarà manifesto in modo particolare, quando la pericardite diventi, almeno in parte, calcificante, come dice Perussia, e come avvenne nel caso descritto da Dagnini nel lavoro che Vi ho citato.

Nel caso nostro, parmi che la irregolarità notevole del profilo sinistro, la cuspide evidente, segnalataci dal radiologo e prolungantesi in una grossa stria opaca del polmone sin., da pleurite fibrosa interlobare, siano elementi diagnostici quasi sicuri, in aggiunta a quelli clinici. Potete riconoscere tutto ciò in una delle lastre più probative presa in posizione O. A. D. (fig. 1).

L'elettrocardiogramma che Vi presento (figura 2) nulla dice nei riguardi della diagnosi di sinfisi. Nè mi consta che alcuno abbia precisato dei criterii elettrocardiografici utilizzabili in questo senso.

Soltanto, vediamo un'ampiezza alquanto ridotta delle diverse onde, deponente per un basso voltaggio della corrente di origine cardiaca, e vediamo l'appiattimento dell'onda T in D' e D'' fatti che mostrano un grado non indifferente di debolezza miocardica, senza però che questo ci aiuti a stabilirne l'origine.

***

Quale sarà la natura della sinfisi della nostra malata? Se ci soccorresse la storia di una pericardite acuta pregressa, ci sarebbe certamente più sicuro e l'affermare la diagnosi generica, e il pronunciarci sulla natura di essa. Ma, come osserva Sacconaghi, e per quanto la cosa possa parere strana, il dato di una pericardite pregressa manca nel massimo numero dei casi di sinfisi: così è anche nel nostro.

Comunque sappiamo che due sono le eziologie più frequenti: la reumatica e la tubercolare.

In alcuni rari casi parve dimostrata l'origine sifilitica: qualche volta, la sinfisi fu posta in

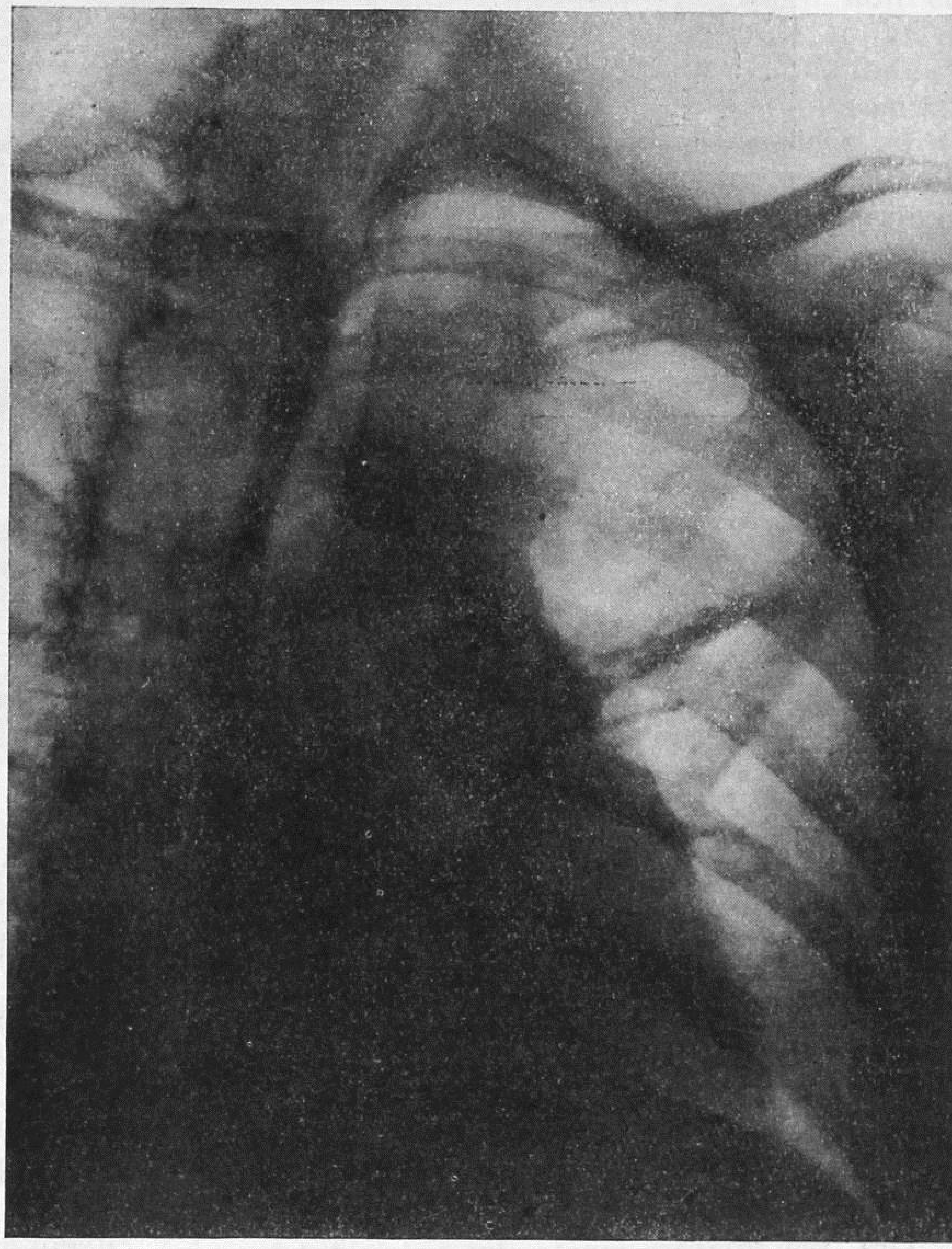


FIG. 1.

rapporto, con aortiti, con l'aneurisma aortico, o anche con processi neoplastici, sia per diffusione di questi, sia per esteso processo irritativo collaterale.

Nel caso nostro, non abbiamo da considerare che le due prime: ogni altra è da escludere per ragioni chiare. Ora nell'anamnesi personale, manca ogni ricordo di infezione reumatica, e manca poi ogni segno di quelle che sono le lesioni organiche più spesso residue ad essa: i vizi valvolari.

Ci fu invece una pleurite cinque anni fa, e nuovamente, mesi or sono, una pleurite secca

sinistra febbrile, che ha lasciato postumi di ipofonesi basilare e abolita mobilità del margine polmonare: La cuti-reazione nella degenza precedente fu positiva.

Per tutto ciò, dobbiamo pensare ad una sinfisi tubercolare.

Anche il tipo anatomico che abbiamo ammesso pel nostro caso, cioè la pericardite esterna o mediastino-pericardite, deporrebbe secondo Weil per la forma tbc., Sacconaghi invece pensa (e credo giustamente) che anche l'eziologia reumatica può determinarla.

Nel caso nostro però i fatti depongono per la natura tubercolare.

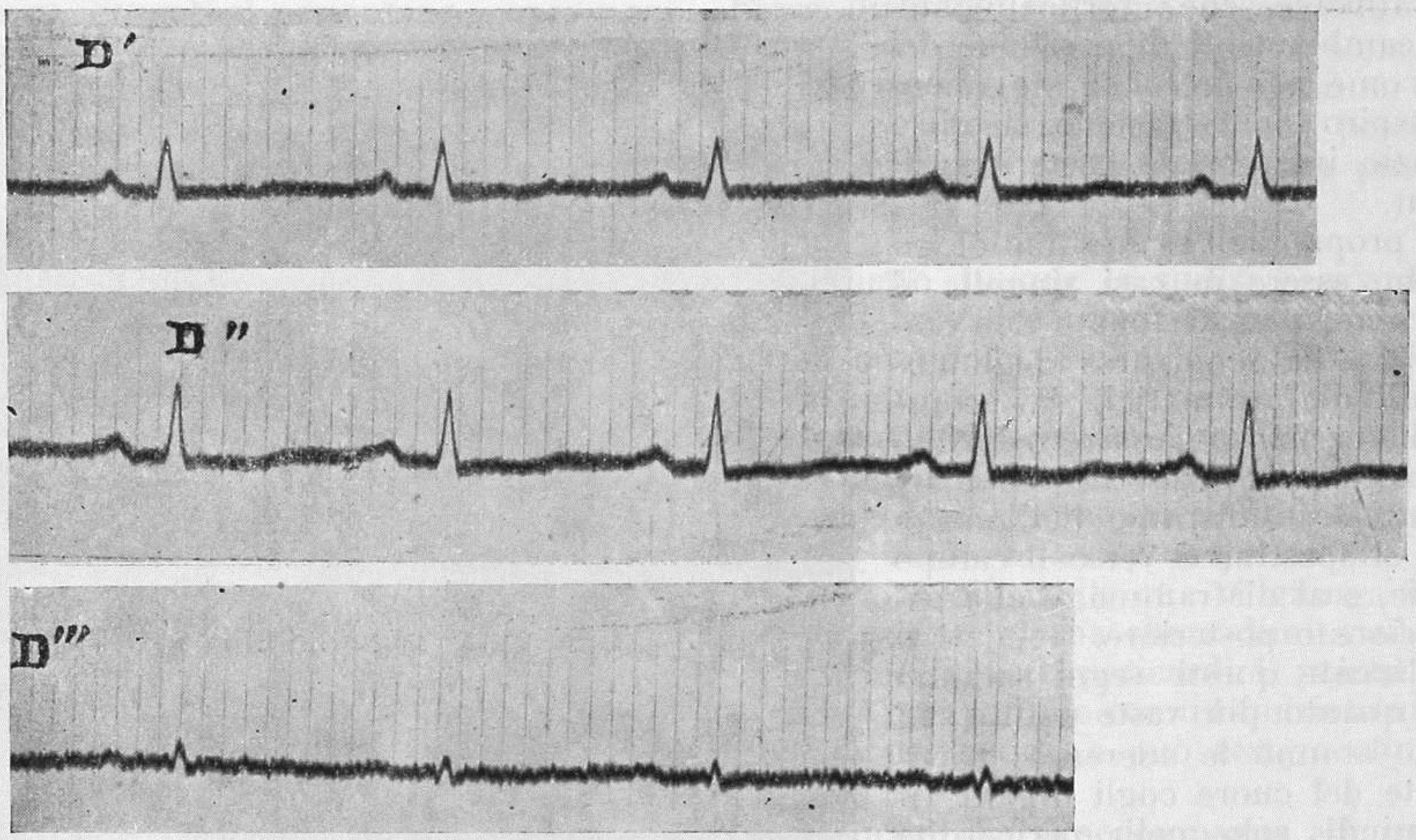



FIG. 2.

Ma anche detto ciò, non abbiamo detto tutto: vi sono delle pericarditi tubercolari adesive, evolutive, in cui il processo è essenzialmente granulomatoso e talora è espressione di una granulia che può essere localizzata, e può anche essere *fredda* cioè apiretica.

E vi sono delle pericarditi adesive tubercoliniche, cioè espressione di tossine sclerosanti, partenti da un focolaio latente, di sede qualsiasi, anche remota.

Ora, per quanto, ripeto, la pericardite granulomatosa adesiva, possa essere e localizzata e *fredda*, tuttavia quando consideriamo che non troviamo alcun altro segno di localizzazione tbc. in atto (la pleurite recente sembra spenta), e consideriamo la quasi assoluta apiressia lungo tutta la degenza, siamo indotti piuttosto ad ammettere la seconda forma, e cioè il processo cirrogeno, adesivo, da tossici sclerosanti, partenti forse da un focolaio caseoso gangliare.

Veniamo al trattamento.

Esso in questo momento non può essere rivolto che alle manifestazioni di insufficienza circolatoria, la quale domina in modo quasi esclusivo, il quadro morboso.

L'assoluto riposo, il regime dietetico adeguato, i cardiocinetici, hanno dato nessun risultato. Ottenemmo un miglioramento, cospicuo ma assolutamente transitorio, coi diuretici renali, anzi solo con un diuretico mercuriale, col tachidrolo. Con un'iniezione di 1 cc. praticata ogni 4 a 6 giorni, la diuresi (di per sè scarsissima, 2 a 300 cc., e assai poco sensibile ai cardio-cinetici) passò invece a 2500 e perfino a 3200 cc. nelle 24 ore, dando un senso di grande sollievo alla malata, con scomparsa rapida del versamento ascitico e degli edemi.

Ma questo non è che un ben tenue palliativo. Il miglioramento è fugace, non solo, ma la stessa natura del diuretico può riuscire dannosa al rene: infatti l'orina, prima normale, comincia ora a presentare qualche traccia di albume e qualche cilindro jalino nel sedimento. Non potremo ricorrere al tachidrolo indefinitamente.

Altri diuretici renali, lo stesso scillaren per via endovenosa, diedero nella nostra malata risultati assai scarsi: così i xantinici.

Possiamo noi pensare ad altra via terapeutica? Certamente! Possiamo e dobbiamo pensare all'intervento chirurgico, e cioè alla cardiolisi proposta da Brauer già fin dal 1901, e che non è che una toracectomia precordiale, a cui successivamente, e a seconda delle varie necessità che si presentarono ai chirurghi, fu aggiunta e la liberazione delle aderenze intrapericardiche, e la resezione parziale del pericardio parietale, e la decorticazione del cuore o pericardiectomia viscerale.

Quali risultati possiamo attenderci?

Torraca, nel presentare il suo caso del 1929 (*Arch. Italiano di Chir.*) che ebbe esito brillantissimo, raccolse dalla letteratura 84 casi operati, nei quali 3 morirono subito dopo l'in-

tervento, 15 entro i primi sei mesi, altri 12, fra sei mesi e cinque anni dopo.

Tali cifre, di fronte alla estrema gravità della malattia, non sono troppo scoraggianti, poichè importano una mortalità operatoria di 4,7 % mentre sull'altra mortalità, il 25 % è dovuto alla persistenza o alla ricaduta della malattia stessa.

Nell'85,7% dopo l'operazione, vi fu miglioramento, e in 33 casi il miglioramento durò più di un anno: in parecchi tra essi durò per tutto il tempo dell'osservazione successiva, estesa fino anche a 16 anni dall'atto operativo.

Il Lenormant, nella sua relazione ancora più recente (al Congresso Francese di Chirurgia dell'ott. 1932), raccolse 112 casi, che avevan dato una mortalità operatoria del 5,3 %, una sopravvivenza oltre l'anno del 6,1 %.

Anche Pässler al Congresso di Tilsit, del giugno 1933, riferendo sopra 15 casi della Clinica di Francoforte e 5 di Königsberg, si dichiara fautore della pericardiectomia, trovando insufficiente la cardiolisi di Brauer, e pur riconoscendo che i risultati, buoni da principio, sono temporanei,

In quanto al grado di miglioramento ottenuto, in parecchi casi esso fu veramente considerevole. Non son pochi i casi in cui si parla del riacquisto della completa capacità lavorativa, anche in malati che già presentavano segni di grande insufficienza circolatoria, con dispnea, cianosi, edemi, grave stasi epatica, ascite.

Secondo taluno, l'indicazione all'intervento sarebbe limitato a quei casi in cui il trattamento medico ancora riesce a stabilire l'equilibrio dell'idraulica circolatoria.

Se ciò fosse, noi dovremmo ritenere la nostra malata non più suscettibile di intervento. Ma ci sono casi, come uno di Lériche, come uno di Kuettner, come quello di Torraca, in cui si ebbe il buon risultato, quantunque la gravità della sindrome circolatoria, fosse grande, e ribelle al regime di riposo e a ogni trattamento cardiocinetico razionale.

Qui abbiamo una malata, di età ancor giovane, in condizioni di nutrizione e di sanguificazione buone, in cui vi è una turba meccanica esterna al cuore e che impedisce l'idraulica di questo: il cuore, per le condizioni dell'apparecchio valvolare, e probabilmente anche per le condizioni del muscolo, potrebbe funzionare bene, ma non lo può perchè si trova inchiodato da ceppi aderenziali che lo vincolano nel suo ritmico espandersi e contrarsi.

Perchè dovremmo trattenerci? Noi ci troviamo in condizioni favorevoli anche perchè, mentre, per lo più [e questo veramente nelle forme di origine reumatica] con la pericardite vi fu l'endocardite, e con la sinfisi vi è il vizio valvolare, che aggrava il quadro e spesso lo domina, qui invece non vi è che la sinfisi, e l'insufficienza generale circolatoria che essa ha creato è in realtà gravissima, e direttamente minacciosa per l'esistenza, ma nel tempo stesso le stasi che ne sono derivate nei visceri, ne hanno per ora rispettata la compagine: così il rene, stimolato dal diuretico renale, subito iperfunziona e rapidamente libera l'organismo dalla pletora sierosa: anche il lieve versamento ascitico si riassorbe, segno che il circolo portale non è profondamente compromesso.

Quindi da un lato la gravità del quadro costituisce l'indicazione, dall'altro la buona condizione dei parenchimi viscerali elimina le controindicazioni.

E la origine della sinfisi influirà sull'indicazione? Certo che la natura tbc. è meno propizia della reumatica, sopratutto pel pericolo che l'intervento mobilizzi i bacilli e favorisca un'acutizzazione dell'infezione. Essa però non costituisce controindicazione assoluta, e Vi ricordo che Cutter, chirurgo americano, fondandosi sulla sua esperienza clinica e sui risultati sperimentali ottenuti dal suo aiuto Beck, si dimostrò, affatto recentemente, favorevole alla pericardiectomia anche nelle forme specifiche (*Journ. de Chirurgie*, 1933).

Nel caso attuale, se il concetto espostovi è giusto, se cioè trattasi veramente di forma sclerosante tossinica, anzichè di processo granulomatoso bacillare in evoluzione, tanto meno potremo temere dall'intervento, delle complicazioni specifiche gravi.

Concludo: tutte le ragioni che Vi ho esposto mi hanno convinto che è nostro dovere il consigliare all'ammalata l'operazione di Brauer, e poichè essa consente, ho già proposto il passaggio al collega chirurgo Prof. Forni, che ha accettato l'indicazione ed è disposto ad intervenire.

AGGIUNTA. Il g. 13 giugno l'ammalata passò nella Div. Chir. del prof. Forni e questi la operò il g. 25: Riporto dalla tabella chirurgica: « taglio parasternale sin. della 4ª costa fino al bordo costale, resezione delle cartilagini costali dalla 4ª all'8ª, resezione dello sterno per circa un cm. di larghezza, con scopertura della pleura sin. e del pericardio, i cui 2 foglietti sono completamente aderenti; incisione del foglietto esterno, e ricerca di un piano di scollamento che può essere ottenuto con difficoltà rimovendo aderenze numerose, in parte lasse, in parte tenaci, e riuscendo ad isolare quasi completamente tutta la faccia anteriore del cuore, dalla punta all'impianto dei grossi vasi. Resezione di un tratto del pericardio staccato, lasciando il residuo foglietto completamente staccato.

Emostasi: rovesciamento del lembo, sutura aponeurotica e cutanea, previo drenaggio di gomma ».

L'esame istologico di un frammento del pericardio esciso dimostrò in esso delle formazioni tipicamente granulomatose e il settore prof. Fabris concluse per una *tubercolosi nodulare*.

L'ammalata sopportò bene l'atto operativo, magistralmente condotto attraverso *tempi* di estrema delicatezza. Il decorso post-operatorio fu completamente regolare. Un lieve movimento termico si prolungò per 15 giorni. Il significato di questo periodo febbrile, ad andamento assolutamente asettico del campo operativo, e in assenza di ogni complicazione di altri visceri, credo debba

esser messo in rapporto alla natura specifica della sinfisi.

L'ammalata ripassò in Divisione Medica il giorno 13 luglio.

Le condizioni circolatorie presentano un miglioramento subbiettivo ed obbiettivo lieve, ma indubbio. Sono diminuite, la tendenza dispnoica, la pesantezza all'epigastrio, l'agitazione notturna. Gli edemi son quasi del tutto scomparsi, le vene del collo leggermente rilevate, ora pulsanti, ora no, si svuotano discretamente bene.

La pressione radiale è sempre assai bassa. La diuresi è sempre assai scarsa, pur conservando grande sensibilità ai diuretici renali. Fino ad ora, possiamo dire che il risultato chirurgico è buono, sia per il perfetto andamento post-operatorio, sia perchè il risultato, a cui direttamente si mirava, di migliorare l'organo nel suo potere aspirativo diastolico, si dimostra ottenuto.

Non possiamo dire però che il risultato clinico complessivo sia altrettanto soddisfacente.

Il comportamento della pressione, della diuresi, della resistenza alla fatica anche piccola, per ora almeno, dimostrano che persiste una insufficienza miocardica, che minaccia di frustrare il risultato chirurgico. Ma non disperiamo, perchè (sia pure a passi lentissimi) il miglioramento è progressivo.

L'ammalata sarà ripresentata in una lezione epicritica, quando i risultati potranno considerarsi definitivi.

Il raffronto tra la diagnosi clinica e il reperto al tavolo operativo, le conseguenze che si possono trarre dal risultato ottenuto rispetto alle indicazioni chirurgiche, a seconda della natura e delle modalità della grave affezione pericardica, il successivo modo di evolvere di essa, dopo la liberazione dell'organo, son punti che potranno ancora essere discussi utilmente.

Agosto, 1934.



# NOTE E CONTRIBUTI

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Roma
diretto dal Prof. ROBERTO ALESSANDRI.

## Due anni di osservazioni cliniche radiologiche e biologiche nel caso di osteodistrofia fibrosa generalizzata di Frugoni e Alessandri (1).

Dott. BRUNO PAGGI, assistente.

Nel maggio 1932 entrava nella R. Clinica chirurgica, trasferitavi dalla R. Clinica medica per una esplorazione delle paratiroidi una ammalata di osteodistrofia fibrosa generalizzata nella quale il nostro Maestro intervenne il 21-V-1932 asportando un adenoma della paratiroide inferiore destra.

Del caso, reso di pubblica ragione dai proff. Alessandri e Frugoni, riteniamo sufficiente ricordare, che si trattava di una ragazza di 18 anni con una sintomatologia tipica clinica e radiologica di osteodistrofia fibrosa generalizzata e una frattura patologica dell'omero destro non ancora consolidata per quanto fosse trascorso un anno dall'epoca in cui si produsse.

La sintomatologia ossea era integrata da una ipercalcemia ed ipofosforemia notevole e da uno spiccato aumento del calcio eliminato con le urine.

L'operazione determinò nei giorni successivi un abbassamento della calcemia al disotto della norma con lievissimi segni di tetania, una diminuzione della calciuria e già dopo un mese saldamento della frattura dell'omero e inizio di recalcificazione nelle altre ossa.

Fin qui la comunicazione dei prof. Alessandri e Frugoni interessantissima per la conferma che essa apporta alla genesi paratiroidea dell'osteodistrofia fibrosa e al valore curativo della asportazione dell'adenoma paratiroideo.

Dato l'interesse di prolungare in tali casi le osservazioni ritenemmo utile dopo le dimissioni dell'inferma di seguirne l'ulteriore decorso rivedendo l'ammalata e sottoponendola alle opportune ricerche cliniche e di laboratorio.

Uscita dalla Clinica il 27-V-1932 guarita della sua ferita operatoria l'inferma vi rientra nuovamente il 14-VII-1932 riferendo che al mattino recandosi in Chiesa dalla Clinica medica, ove si trovava ancora ricoverata, scivolò in un levigato corridoio del Policlinico e cadde sul fianco sinistro, riportando fratture multiple dell'arto inferiore sinistro e una refrattura dell'omero destro che si era consolidato dopo l'operazione.

Fu immediatamente praticata la riduzione e l'immobilizzazione dell'arto inferiore con un apparecchio gessato secondo Lorenz e la riduzione e l'immobilizzazione dell'omero con apparecchio gessato in abduzione e rotazione esterna. Gli apparecchi furono ben tollerati e la degenza si svolse senza particolari avvenimenti fino alle epoche in cui furono tolti l'apparecchio gessato dell'arto superiore (40 giorni) e quello dell'arto inferiore (60 giorni). L'esame obiettivo integrato da radiografie dello scheletro dimostrò l'avvenuto saldamento dei monconi di frattura.

(1) Policlinico, Sez. Pratica, 1932, pag. 1765.

Il 5-X-1932, cioè circa tre mesi dopo l'inferma cominciò a camminare e il 19-XI-1932, quattro mesi dopo, l'inferma uscì dalla Clinica.

Anche questo episodio è stato reso noto dal prof. Alessandri al XL Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Le ricerche che abbiamo personalmente eseguite allo scopo di studiare gli effetti lontani della asportazione dell'adenoma paratiroideo ebbero inizio appunto durante questa seconda degenza dell'inferma in Clinica chirurgica e furono proseguite dopo le dimissioni con visite al domicilio della paziente e con controlli radiologici eseguiti nel Gabinetto della Clinica chirurgica.

Nell'esporre i risultati del nostro interessamento abbiamo tenuto presente per i necessari confronti lo stato dell'inferma così come esso si trova documentato nell'articolo dei proff. Frugoni e Alessandri pubblicato nel *Policlinico*, Sez. Prat., 1932, pag. 1765. Questa pubblicazione è pertanto necessario aver presente per una esatta comprensione dei risultati del nostro lavoro.

Le ricerche eseguite concernono: 1) le condizioni soggettive ed oggettive della paziente; 2) esami radiologici dello scheletro; 3) il comportamento della calcemia e della fosforemia, nonchè l'eliminazione del calcio nelle urine; 4) il bilancio del calcio.

*Esame clinico* (19-V-1934): L'inferma riferisce che dall'epoca in cui uscì di clinica ad oggi, non ha sofferto alcuna malattia intercorrente ed è stata sempre bene.

L'appetito è buono, l'alvo e le minzioni regolari. Le mestruazioni regolari anch'esse, per ritmo, qualità e quantità.

Non ha notato in questo periodo la comparsa di alcun'altra deformità scheletrica.

La deambulazione e la funzionalità del braccio destro sono andate sempre migliorando. Portando una suoletta che corregge l'accorciamento dell'arto inferiore sinistro l'inferma cammina liberamente, fa delle passeggiate, sale e scende le scale. Può fare col braccio destro lo stesso sforzo che col sinistro, accudisce in casa a tutti gli ordinari lavori domestici.

Obbiettivamente non si constata alcun miglioramento nello sviluppo somatico che è tuttora notevolmente deficiente in rapporto all'età.

L'inferma è in discrete condizioni generali, con colorito roseo della pelle e delle mucose visibili, con adipe e muscolatura non inadeguate alla sua costituzione.

A carico dei denti si osserva carie del I premolare D. e del II molare S. superiori; carie del II molare destro, assenza del II molare sinistro inferiore: gli altri denti sono in perfetto stato di calcificazione.

Il polso è ritmico, valido, di frequenza normale.

Niente di particolarmente diverso all'esame del capo da quanto fu riscontrato prima dell'operazione; solo è evidente per quanto appena accennato il segno di Chvostek. Nessuna contrazione, nessuno spasmo muscolare invece si provoca mediante la compressione del fascio vascolo-nervoso al braccio, esercitata con un laccio elastico.

Permangono le macchie di ipocromia preesistenti al collo e al torace, quelle del collo però risultano ridotte, invase da piccole aree puntiformi di colorito eguale a quello della cute circostante. La cicatrice operatoria è una cicatrice lineare appena visibile.

Permangono invariate le deformità scheletriche preesistenti, a carico della colonna vertebrale, del torace e degli arti.

Niente di particolare agli esami dell'apparato respiratorio, circolatorio, dell'addome, del fegato e della milza.

L'arto superiore destro presenta un accorciamento di circa 4,5 cm. a carico del braccio. La funzionalità è completa.

L'arto inferiore sinistro, nelle preesistenti condizioni di sublussazione posteriore della tibia sul femore è più corto di cm. 5 di quello di destra; l'accorciamento è a carico del femore.

La funzionalità è pressochè completa.

L'esame clinico della malata ci fa rilevare nonostante la permanenza del deficiente sviluppo somatico-scheletrico e delle deformità scheletriche in arresto della sintomatologia patologica e un miglioramento delle condizioni generali. Ma sopratutto si rileva che dopo la paratiroidectomia fratture multiple hanno potuto consolidarsi e guarire completamente.

Da sottolineare la permanenza del segno di Chvostek che rilevato subito dopo l'operazione come risulta dalla nostra cartella clinica permane sebbene diminuito a 2 anni di distanza testimoniando di un lieve deficit paratiroideo.



FIG. 1. — Prima dell'operazione.



FIG. 2. — Dopo l'operazione.

*Esami radiologici.* (L'interpretazione dei radiogrammi è stata dettata dal prof. Bianchini A., radiologo della nostra Clinica).

Riportiamo delle radiografie dello scheletro da noi eseguite quelle che interessano i componenti maggiormente alterati e precisamente: l'omero destro, il cranio ed il bacino.

Agiungiamo la riproduzione di una radiografia gentilmente concessaci dalla Clinica medica, riproducente lo stato dell'estremo superiore del femore sinistro subito dopo la frattura avvenuta il 14-VII-1932.

Radiogrammi del 12-V-1932. (Prima dell'operazione). *Omero destro.* Grave deformità dell'omero consistente in una alterazione morfologica per la quale l'omero in alcune parti è assottigliato in altre rigonfio ed assume una conformazione ad S. Non si riconosce più il normale aspetto della *corticalis* specialmente diafisaria inquantochè questa viene a risultare in gran parte assottigliata, in alcuni punti quasi scomparsa del tutto, in altri interrotta. La zona *midollaris* è completamente sostituita da grosse loculazioni a stampo, limitate da zone ossee più ricche di calcio, loculazioni che si estendono per tutta la lunghezza diafisaria dell'omero. Accentuatissima un'enorme decalcificazione dell'osso che assume da questo lato un aspetto malacico. All'altezza del terzo superiore dell'omero evidente rima di frattura obliqua senza apparente spostamento dei frammenti. Non si notano altri focolai di frattura nè in atto nè pregressi, l'incurvamento a S. già descritto è pertanto in rapporto con lo stato malacico dell'osso.

*Cranio.* Le alterazioni principali si riscontrano alla volta cranica e sopratutto al frontale ed ai parietali. In gran parte è perduta la netta divisione fra i due tavolati. Alla parte più alta del frontale corrisponde una iperostosi diffusa abbastanza pronunziata che svanisce verso il vertice. L'iperostosi come del resto anche le altre ossa della volta, assume aspetto spugnoso, ovattato, areolare.

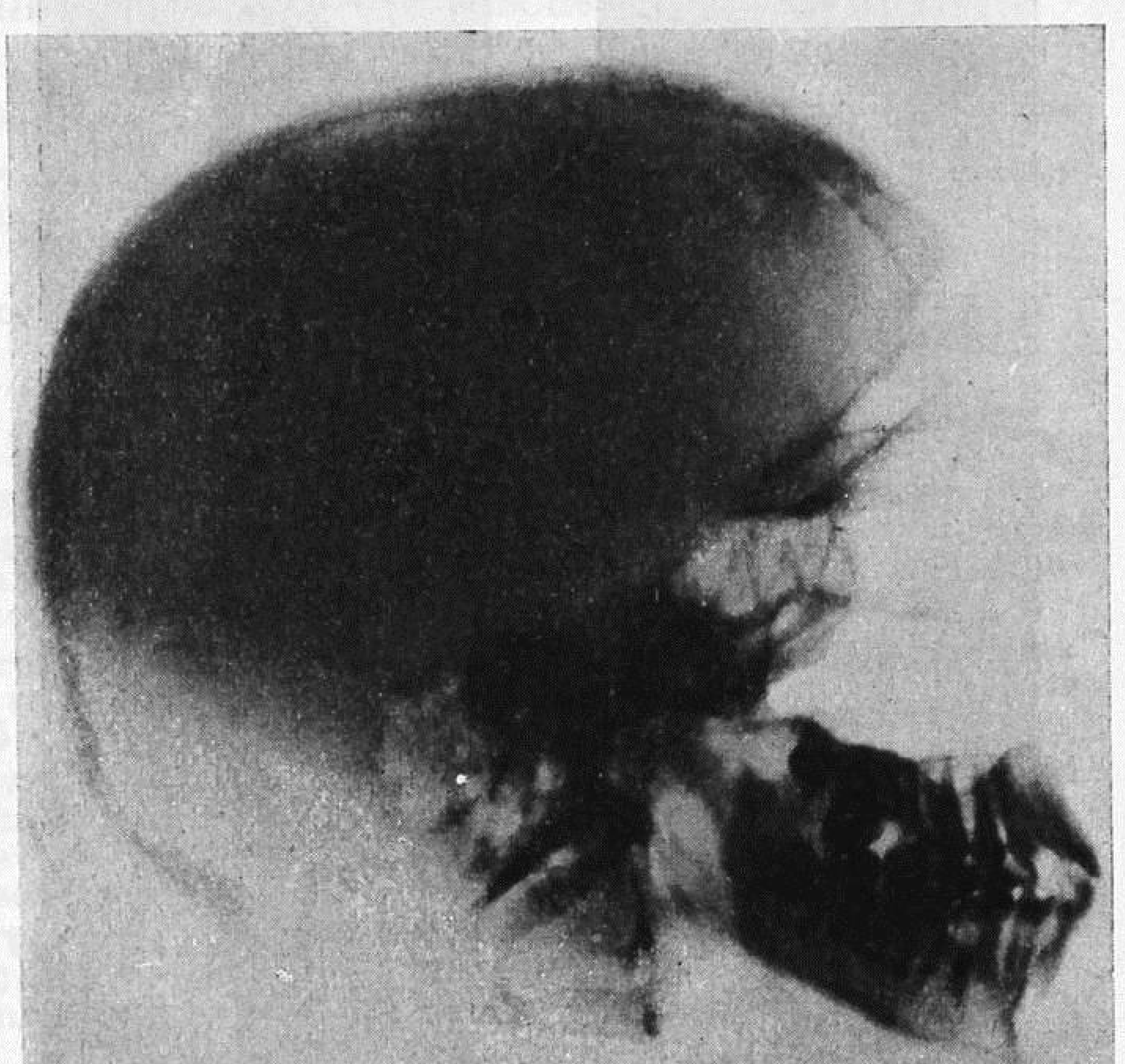


FIG. 3. — Prima dell'operazione.

*Bacino.* Grave alterazione morfologica; il bacino assume la forma di cuore di carta da gioco. Numerose zone abbastanza ben circoscritte di rarefazione, sopratutto alla sua metà di sinistra. La deformità suddetta si estende anche alle ossa pubiche e dell'ischio con modificazioni di forma e di grandezza dei forami otturatori. Risulta che le due teste femorali si trovano in definitiva enormemente ravvicinate. La metafisi femorale sinistra, la regione intertrocanterica ed il collo si presentano

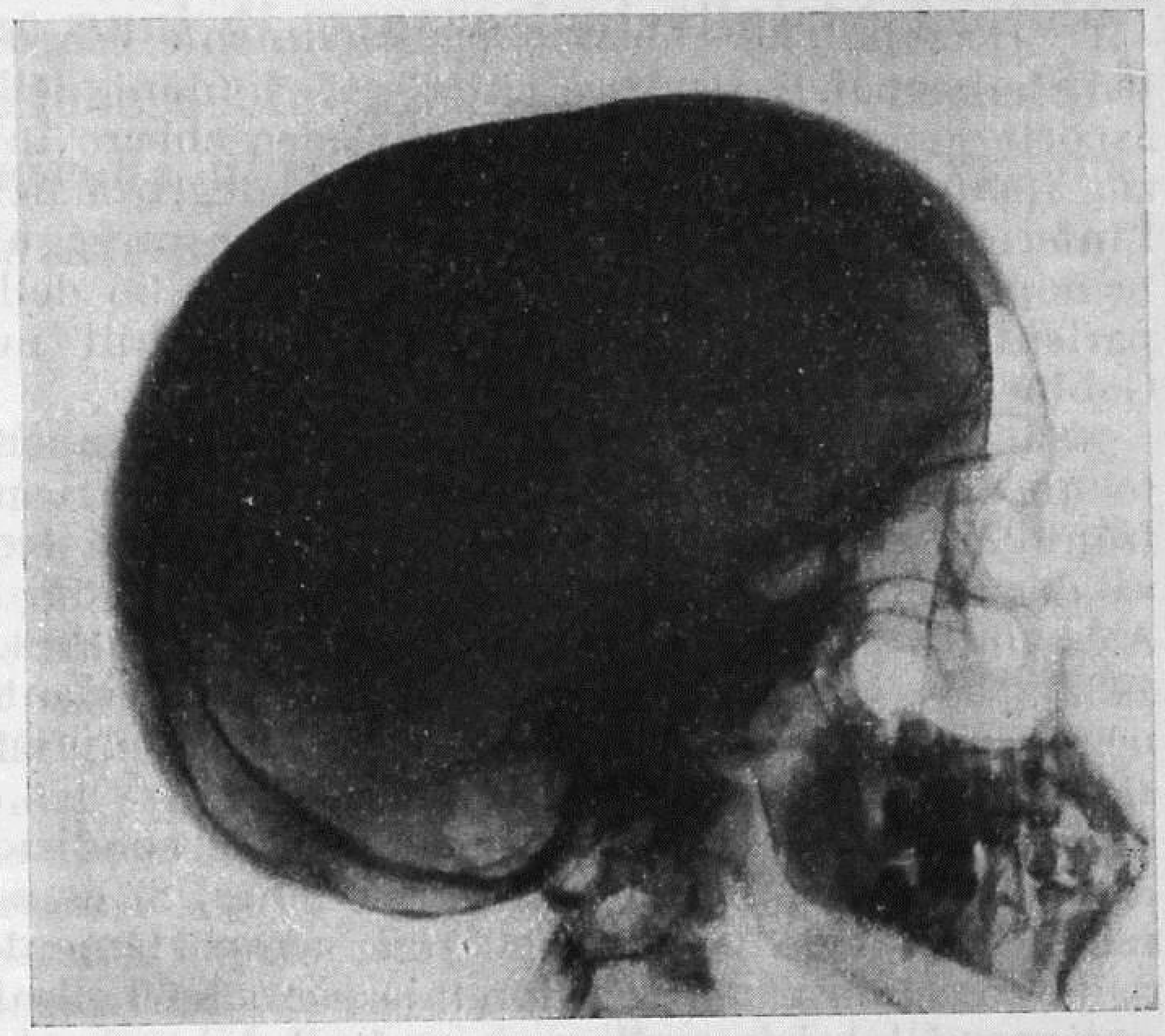


FIG. 4. — Dopo l'operazione.

con le corticali assottigliate verso l'esterno e in alto alla base del gran trocantere quasi distrutte; scomparsa la travatura normale della regione sostituita da grosse immagini loculari sepimentate.

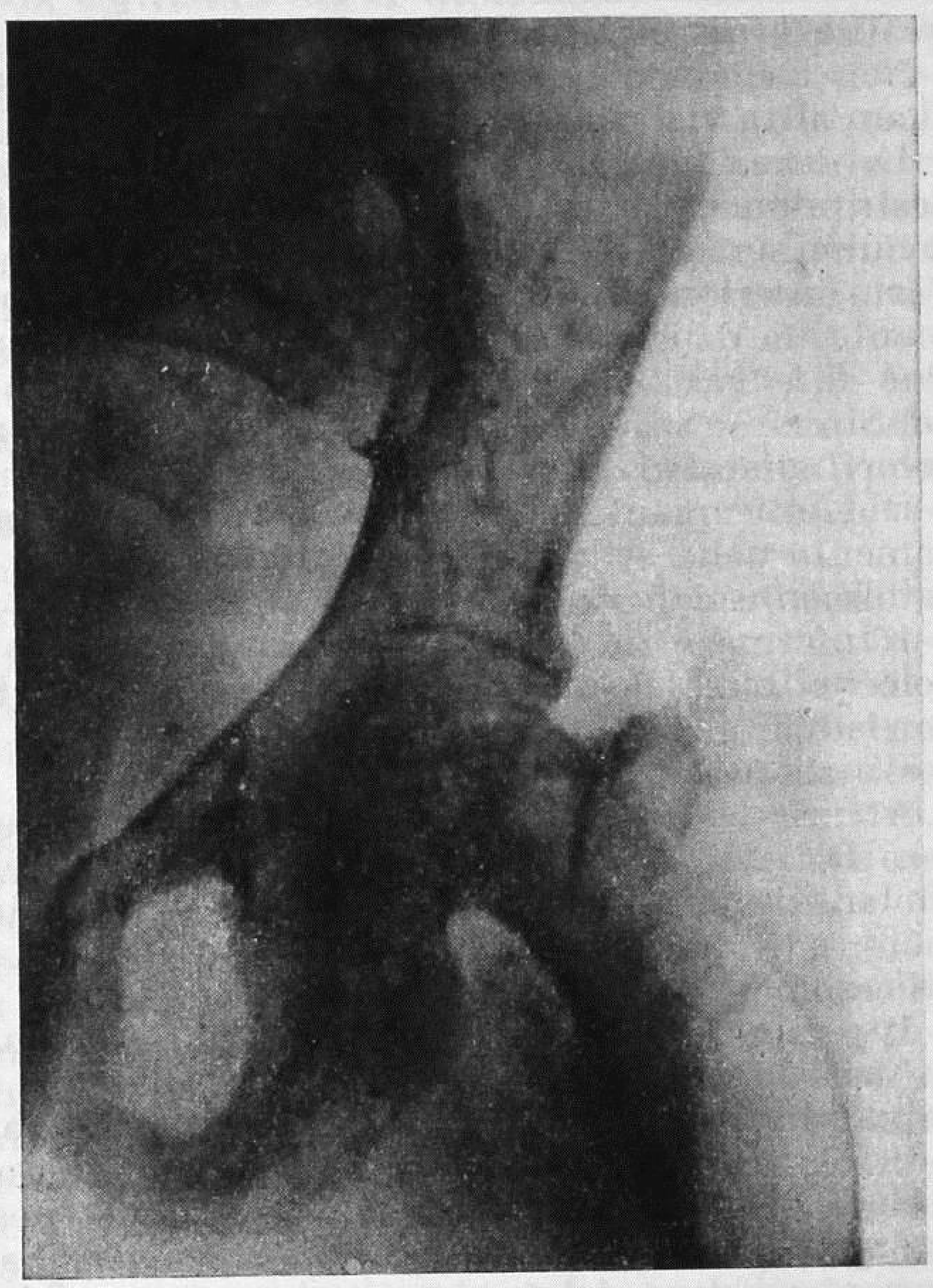


FIG. 5. — Prima dell'operazione.

*Radiogramma* del 14-VII-1932. (*Estremo superiore del femore sinistro subito dopo la frattura*). In corrispondenza della regione intertrocanterica focolaio di frattura del femore sinistro. La frattura è avvenuta nel centro di un focolaio di grave rarefazione dell'osso con corticalis un po' rigonfia as-

sottigliata e in qualche punto un po' spezzata. Nell'interno aspetto di grosse loculazioni divise da sepimenti sottili marcati. Il capo prossimale del frammento distale del femore è penetrato in parte in questa zona di loculazione. Intorno al focolaio di frattura frammenti ossei di *corticalis* abbraccianti il moncone femorale. Il collo e la testa femorale vengono a trovarsi come in prosecuzione dell'asse della diafisi del femore con un'evidente modificazione dell'angolo di declinazione.

*Radiogrammi* del 9-III-33 e del 31-I-34. (Dopo l'operazione).

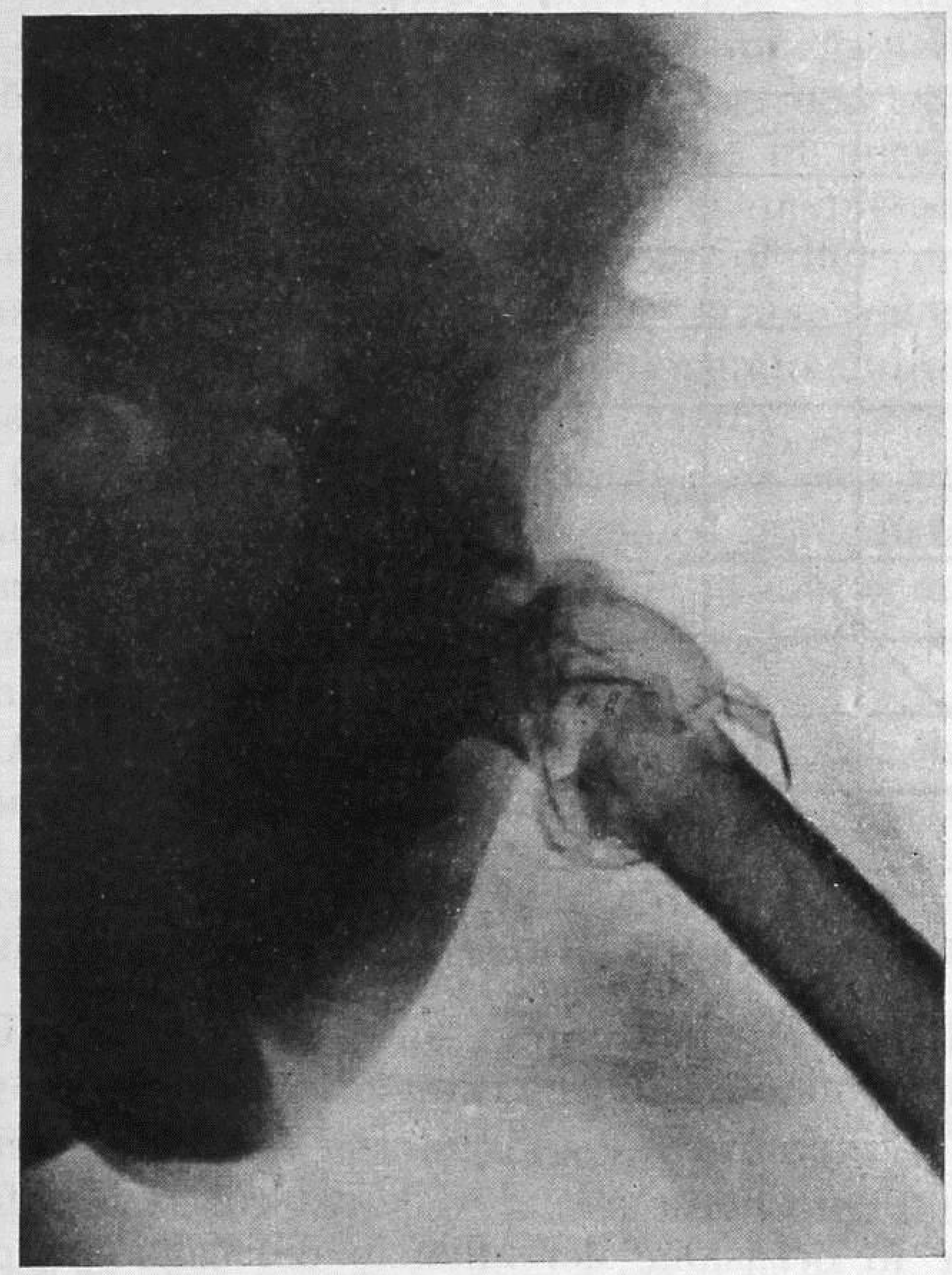


FIG. 6. — Femore sinistro dopo la frattura.

*Omero destro.* I radiogrammi che si susseguono a queste date mostrano un evidente miglioramento delle condizioni dell'osso specialmente dal lato trofico. La rima di frattura dell'omero è completamente scomparsa, la *corticalis* è tutta perfettamente saldata. Molto migliorata la calcificazione dell'osso specialmente nei due terzi prossimali dell'omero; nel terzo inferiore persistono ancora aspetti di loculazione però con *corticalis* più spessa e più ricca di calcio. Nell'ultimo radiogramma il miglioramento si accentua; si inizia un orientamento trabecolare e gli aspetti di pseudocisti vanno restringendosi.

*Cranio.* Le alterazioni iniziali suddescritte sono in gran parte migliorate. L'aspetto iperostosico ovattato va gradatamente scomparendo. Mentre i radiogrammi del 1933 dimostrano gli addensamenti iperostosici non più uniformi in tutte le ossa della volta ma soltanto sotto forma di noduli di varia grandezza, nell'ultimo radiogramma tali aspetti si possono dire scomparsi; persistono soltanto alcuni aspetti maculari non ben limitati, sfumati.

*Bacino.* Le deformità del bacino persistono; migliorata assai la calcificazione. Il focolaio di frattura femorale e la sua rima sono completamente scomparsi dando luogo ad un saldamento ricco di calcio. Risulta in definitiva un aspetto vero del collo del femore.

I reperti radiologici sono particolarmente interessanti, essi dimostrano l'accentuarsi di quei processi di riparazione delle lesioni ossee già inizialmente osservati: si constata nella nostra inferma a due anni di distanza dall'asportazione

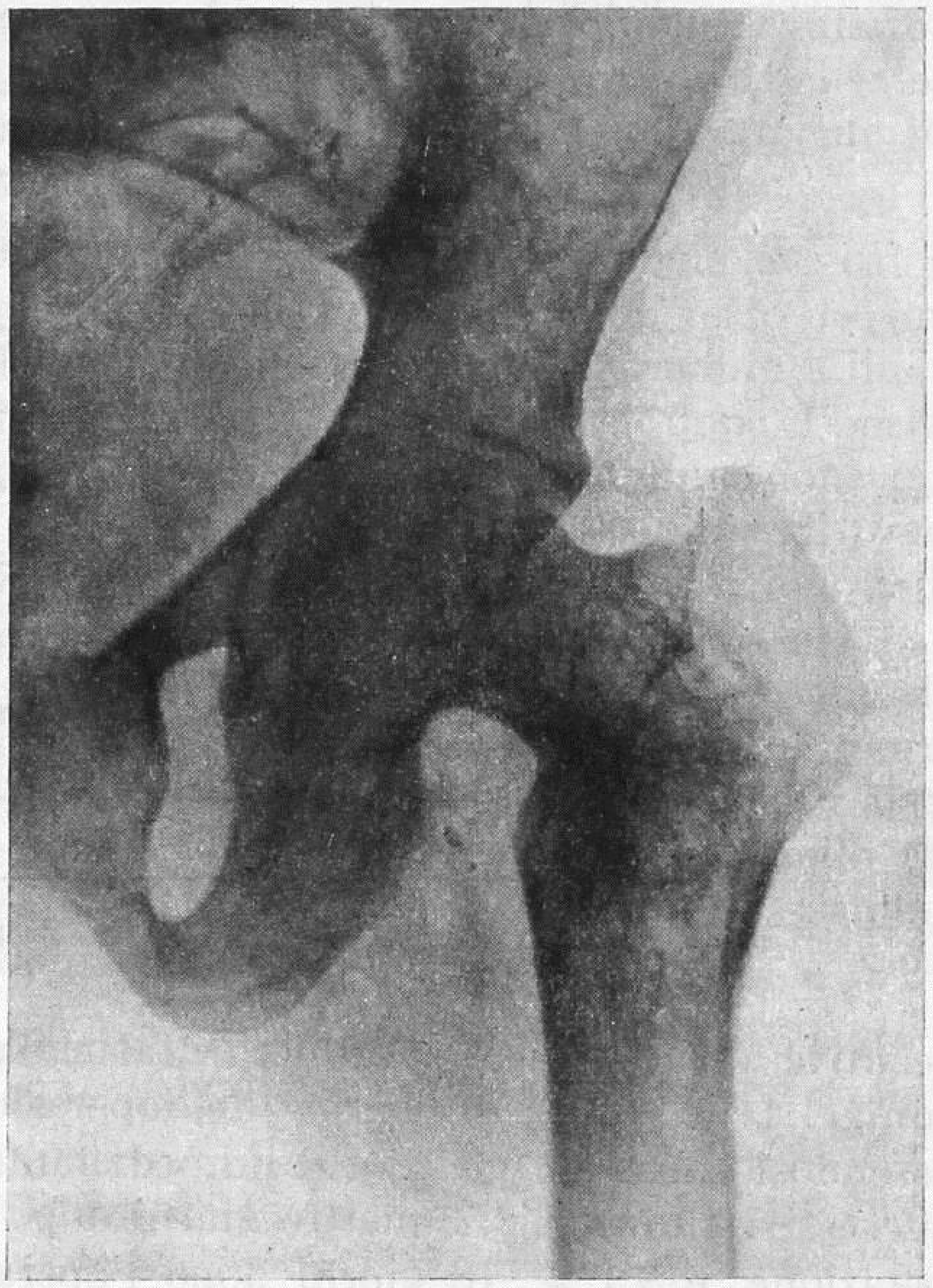


FIG. 7. — Femore sinistro 17 mesi dopo la frattura.

dell'adenoma paratiroideo un vero e proprio ricostituirsi di osso laddove esistevano delle vaste lacune radiotrasparenti.

Fratture tipicamente patologiche a carico dell'omero e del femore si riparano in tempo normale con saldamenti « ricchi di calcio ».

Un particolare aspetto delle ossa craniche, sfumato, indeciso, scompare per dar luogo nelle ultime radiografie ad un quadro radiologico pressochè normale.

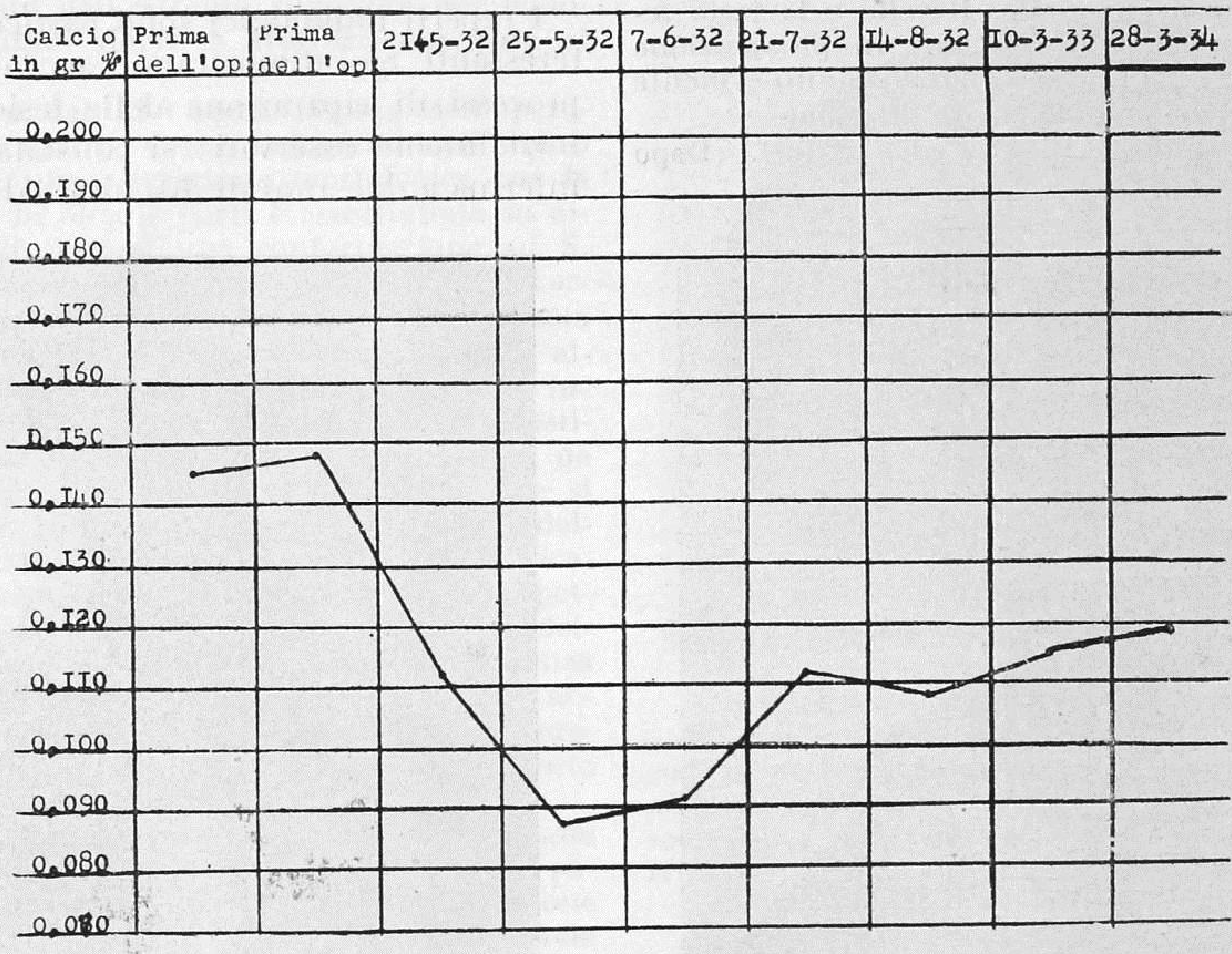
Persistono invece del tutto immutate le variazioni indotte nella linea, nella forma, dei vari segmenti scheletrici.

*Comportamento della calcemia.* — Sono state eseguite complessivamente 4 determinazioni della calcemia alle date indicate: il sangue fu sempre preso a digiuno e la calcemia fu determinata nel siero secondo Kramer-Tisdall. Ad eliminare la possibilità di errori inerenti alla

tecnica del metodo le determinazioni furono eseguite sempre in doppio. I risultati sono riassunti nella grafica n. 1.

Confrontando le nostre cifre con quelle precedenti all'operazione e immediatamente conquello di Briggs. I risultati sono riassunti nella grafica n. 2.

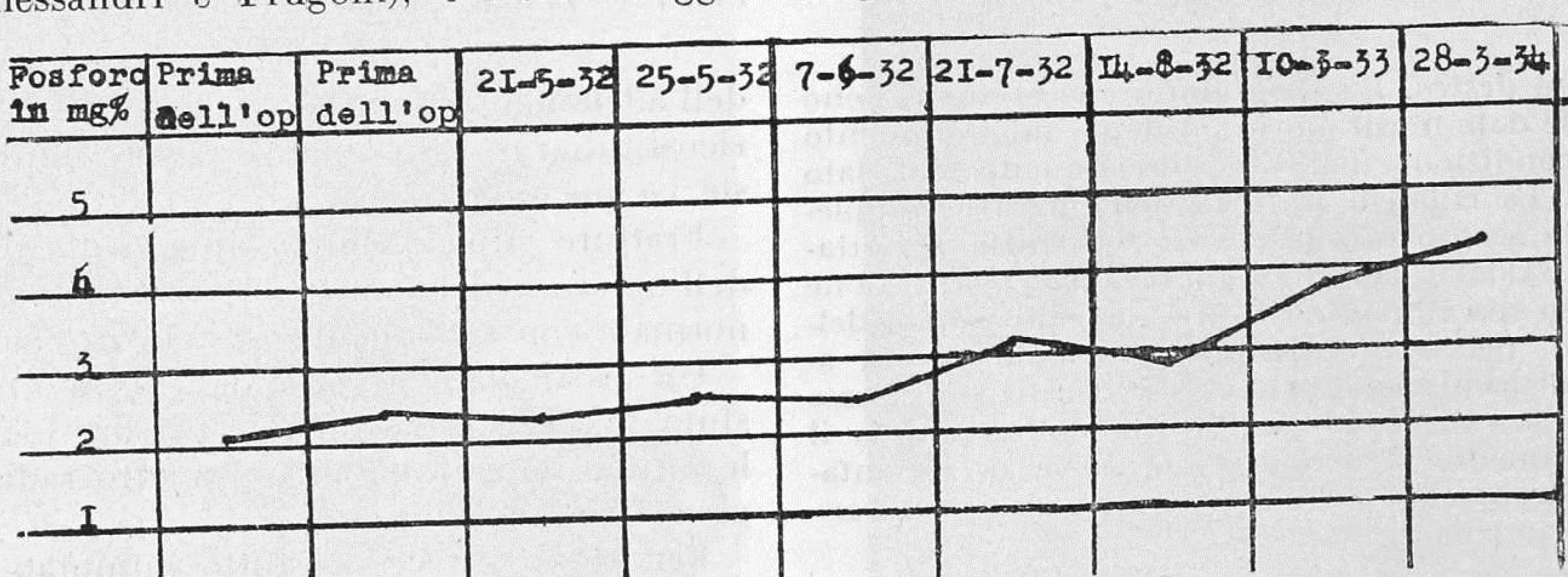
Paragonati ai valori ottenuti prima, mmgr. 2,1-2,4 %, e immediatamente dopo l'operazione, mmgr. 2,3-2,5-2,45 % (Frugoni e Alessan-




GRAF. N. 1.

secutive a queste si osserva che la calcemia da mmgr. 14,5 e 14,8 % prima dell'operazione, essendosi abbassata nei giorni immediatamente successivi a mmgr. 8,7 quattro giorni dopo l'operazione, e 9,1 %, 18 giorni dopo l'operazione (Alessandri e Frugoni), è risalita leggerdri), si constata dopo 2 anni un netto, graduale aumento fino al normale (mgr. 4 %).

*Eliminazione del calcio con le urine (calciuria).* — Comprendendovi le determinazioni fatte in occasione del bilancio del calcio di cui esporremo successivamente i risultati, sono sta-




GRAF. N. 2.

mente nei mesi e negli anni successivi mantenendosi però pressochè nei limiti normali.

*Comportamento della fosforemia.* — Sono state eseguite complessivamente quattro determinazioni sullo stesso siero di sangue prelevato per la calcemia. Il metodo adoperato fu te eseguite 13 determinazioni. I valori ottenuti si riferiscono alla concentrazione del calcio in grammi per mille e alla quantità del calcio eliminato nelle 24 ore.

Furono raccolte esattamente le urine delle 24 ore in recipiente perfettamente asciutto e

privo di sali di calcio; la quantità totale delle urine veniva misurata e dopo essere stata accuratamente agitata campionata in pallone tarato. Sul campione aliquota (cc. 100) si procedeva alla determinazione del calcio col metodo della essicazione, incenerimento del residuo secco, ripresa delle ceneri con acido cloridrico, precipitazione diretta del calcio con ossalato d'ammonio e titolazione con permanganato di potassio.

Per quanto concerne i valori della calciuria le cifre riportate da Alessandri e Frugoni nella tabella a pag. 1769 del citato lavoro non possono essere prese in considerazione in quanto ci consta essere state praticate con un metodo diverso dal nostro, e il paragone di determinazioni di tal genere ha un ben scarso valore probativo quando non si sia adoperato uniformemente lo stesso metodo di ricerca.

Ci soccorre tuttavia il fatto di aver praticato anche noi prima dell'operazione ed immediatamente dopo determinazioni della calciuria durante la prima degenza dell'inferma in Clinica Chirurgica.

Anche questi risultati figurano nel citato lavoro di Frugoni e Alessandri nella tavola III

TAV. I. — *Comportamento della calciuria in rapporto alla data dell'intervento operatorio* (21-V-32).

| Data della determinazione | Quantità di urina nelle 24 h. cc. | Contenuto di calcio per 100 cc. gr. | Calcio eliminato nelle 24 h. gr. |
|---|---|---|---|
| 14-V-32 | 1150 | 0,407 | 0,465 |
| 16-V-32 | 1165 | 0,780 | 0,908 |
| 22-V-32 | 190 | 0,129 | 0,050 |
| 23-V-32 | 305 | 0,300 | 0,090 |
| 14-VIII-32 | 825 | 0,356 | 0,293 |
| 15-VIII-32 | 630 | 0,310 | 0,195 |
| 16-VIII-32 | 900 | 0,218 | 0,196 |
| 19-VIII-32 | 730 | 0,206 | 0,150 |
| 20-VIII-32 | 865 | 0,184 | 0,159 |
| 21-VIII-32 | 1120 | 0,126 | 0,141 |
| 9-XI-32 | 1025 | 0,119 | 0,121 |
| 10-XI-32 | 840 | 0,101 | 0,084 |
| 11-XI-32 | 470 | 0,203 | 0,095 |
| 12-XI-32 | 570 | 0,331 | 0,188 |
| 13-XI-32 | 610 | 0,325 | 0,198 |
| 14-XI-32 | 720 | 0,258 | 0,185 |
| 15-XI-32 | 675 | 0.283 | 0,191 |

a pag. 1771, ma incompletamente, solo cioè per ciò che si riferisce al valore percentuale del calcio eliminato.

Li notifichiamo al completo nella precedente tabella insieme ai valori ottenuti nelle epoche successive.

Si vede come il calcio eliminato con le urine da cifre fortemente superiori alla norma (gr. 0,20 nelle 24 ore) prima dell'operazione subisce immediatamente dopo, qui probabilmente anche a causa dell'oliguria stabilitasi, un abbassamento a cifre notevolmente inferiori per riprendere nelle epoche successive dei valori pressochè normali e pertanto notevolmente inferiori alle cifre preoperatorie.

*Bilancio del calcio.* — Il bilancio del calcio è stato eseguito una sola volta verso la fine della seconda degenza dell'inferma in Clinica Chirurgica vale a dire 5 mesi dopo l'operazione. Non fu eseguita una determinazione prima dell'operazione per l'impossibilità di organizzarci opportunamente nel breve tempo della degenza pre-operatoria. Senza entrare nei particolari di tecnica inerenti al metodo usato, diciamo che: per un periodo esatto di 7 giorni (dal 9 al 15 novembre 1932) fu determinato il calcio ingerito con gli alimenti e quello eliminato col le feci e con le urine: i risultati furono i seguenti:

| | |
|---|---|
| Calcio introdotto in 7 giorni gr. | 11,910 |
| Calcio eliminato in 7 giorni gr. | 5,422 |
| Differenza totale | 6,488 |
| Differenza giornaliera media + gr. | 0,926 |

Per quanto priva di un termine di confronto che avrebbe potuto aumentarne l'interesse, la ricerca non ci è sembrata inutile. Di fronte alla nozione che pare ormai acquisita del « deficit » del bilancio calcico nella Osteodistrofia fibrosa generalizzata, fatte le debite riserve sul valore della ricerca nel merito del quale non vogliamo entrare, i nostri risultati dimostrano a poco più di cinque mesi di distanza dall'asportazione dell'adenoma paratiroideo, un bilancio del calcio fortemente positivo.

## RIASSUNTO.

Mediante ricerche cliniche, radiologiche e di laboratorio si prosegue lo studio del caso di Osteodistrofia fibrosa generalizzata, operato nel 1932 da Alessandri e pubblicato da Frugoni e Alessandri, confermando a due anni di distanza dall'intervento, i benefici effetti della asportazione dell'adenoma paratiroideo e il progressivo miglioramento dell'inferma.

## OSSERVAZIONI CLINICHE.

SPEDALE « SERRISTORI » - FIGLINE VALDARNO

# Rottura traumatica dell'uretra posteriore con estesa perdita di sostanza.

### Trattamento ed esito.

Dott. GIUSEPPE LUCCHESE,
Chirurgo Primario e Direttore.

La rottura traumatica dell'uretra posteriore costituisce sempre un accidente assai grave sia per le conseguenze immediate cui può dar luogo, come infiltrazioni urinose e flemmoni periuretrali, sia per gli esiti a distanza molto temibili come le fistole perineali ed i gravi restringimenti del canale uretrale sempre di difficile trattamento.

La classica distinzione fra rottura dell'uretra perineo-bulbare e rottura dell'uretra membranosa, non sempre corrisponde a quello che è dato riscontrare nella pratica. Difatti il trauma violento che porta alla rottura dell'uretra non sempre rispetta le barriere anatomiche che individualizzano queste due porzioni del canale. Cosicchè accanto alle lesioni limitate ad un solo di questi tratti dell'uretra e che sono in verità le più frequenti, altre ve ne sono che interessano nello stesso tempo il bulbo uretrale e l'uretra membranosa: sono le cosidette « *rotture miste* ».

La distinzione tra rottura del tratto perineo-bulbare e rottura del tratto membranoso dell'uretra posteriore, quando la lesione è limitata ad una di queste porzioni del canale, ha la sua importanza specialmente dal punto di vista della terapia. Difatti la sutura capo a capo — uretrorrafia circolare —, e, quando questa non è possibile, l'uretrostomia perineale con o senza autoplastica cutanea che conviene adottare nella rottura dell'uretra perineo-bulbare, non può essere applicata, almeno con probabilità di riuscita, nella rottura del tratto membranoso. La terapia di questi due tipi di lesione, come ha fatto osservare di recente de Harven, è strettamente dipendente dalla struttura anatomica della parete uretrale, differente nell'uno e nell'altro caso: l'uretra bulbare con pareti robuste ed elastiche si presta molto bene alla uretrorrafia, mentre male si presta il tratto membranoso che ha pareti sottili e molto friabili.

Se difficile è la ricostituzione operatoria, immediata o no, del canale uretrale quando la lesione interessa esclusivamente l'uno o l'altro di questi segmenti si da registrarsi frequenti insuccessi, si può dire che essa è praticamente irrealizzabile nelle rotture miste. Si tratta per lo più di traumi gravi, spesso associati a fratture del bacino in cui l'uretra per un lungo tratto rimane schiacciata e frammentata nelle sue pareti le quali divengono irriconoscibili in mezzo agli abbondanti coaguli. I capi uretrali sui quali dovrebbe cadere la sutura rimangono tanto distanziati che ogni manovra per tentare di ravvicinarli riuscirebbe sicuramente infruttuosa.

Così pure l'uretrorrafia, almeno l'uretrorrafia immediata, non può essere neppure eseguita, per ragioni evidenti, in quei casi in cui sono susseguiti al trauma fatti di infezione come infiltrazione urinosa, ascessi, flemmoni. Questi fenomeni oltre a costituire una complicanza grave di per sè, da compromettere non raramente la vita dell'ammalato e ad impedire il trattamento immediato, estendono ed aggravano sempre le lesioni uretrali sì da aversi in definitiva la distruzione di un lungo tratto del canale uretrale anche nei casi in cui il trauma aveva prodotto solo danni limitati.

***

Guyon già nel 1876 aveva indicato nelle rotture dell'uretra posteriore l'uretrorrafia circolare su di una sonda a permanenza da eseguirsi il più presto possibile dopo il trauma. Certamente quando essa si può attuare, l'uretrorrafia costituisce il procedimento ideale.

Alcuni Autori preferiscono il trattamento in due tempi.

Recentemente Calef (1931) sotto la scorta di varii casi trattati nella Clinica Chirurgica di Perugia, concludeva che è preferibile procedere sempre al trattamento in due tempi. Egli consiglia di praticare subito dopo il trauma la derivazione ipogastrica delle urine per impedire l'infezione del focolaio e poi a distanza di tempo, cioè quando i tessuti contusi sieno riassorbiti ed eliminati, procedere alla plastica uretrale con uretrorrafia circolare senza sonda a permanenza.

Il trattamento in due tempi delle rotture uretrali non è da tutti ammesso: nel I Congr. Int. di Urologia Gardini, Thevenot, Escat, Seres sostennero l'uretrorrafia immediata, mentre Marion, André, Verhsogen, modificando le idee già prima sostenute, davano la preferenza al metodo in due tempi.

Come ha dimostrato per primo l'Heitz-Boyer nel 1911, è preferibile non lasciare dopo uretrorrafia immediata o a distanza la sonda a permanenza. Però bisogna aver prima praticato la derivazione delle urine, per mezzo della cistostomia soprapubica: è il procedimento seguito ormai dalla maggior parte dei chirurghi, salvo rari casi.

Pasteau ed Iselin nel 1902 nei casi in cui l'uretrorrafia non è possibile hanno sperimen-

tato una pratica diversa. Essa consiste nell'eseguire subito una *uretrostomia perineale* abboccando il moncone posteriore dell'uretra al piano perineale: indi dopo un mese o più eseguire una *autoplastica perineale* di cui la tecnica è ormai riportata nei diversi trattati. Questo procedimento è stato ed è tuttora molto usato; però anch'esso non dà risultati costanti e soffre delle limitazioni come ad esempio quando la lesione è a sede molto posteriore, per cui non è possibile eseguire l'abboccamento dell'uretra al perineo. Va tenuto presente inoltre che la presenza di peli al perineo può ostacolare seriamente l'autoplastica.

Lo stesso Guyon ha proposto per i casi nei quali l'uretrorrafia non è possibile un secondo procedimento: quello detto *per sutura a strati del perineo su sonda a permanenza*. Esso è stato sperimentato negli animali da Noguès (1891) prima di applicarlo nell'uomo. Noguès nelle sue ricerche ha potuto dimostrare che attorno alla sonda si veniva a formare, a spese dei tessuti molli ad essa addossati colla sutura, un nuovo canale che l'esame istologico dimostrò essere ricoperto da uno strato epiteliale continuo.

Ripreso da Heitz-Boyer nel 1906 questo metodo è considerato da questo Autore, ed anche da Marion, Pasteau e da altri, come un metodo di necessità, peraltro molto utile, da applicarsi allorchè, in seguito ad una troppo estesa distruzione o resezione operatoria non è possibile portare a contatto i due monconi dell'uretra.

Flandrin (1929) col metodo della sutura a strati di Guyon — sutures étagée du périnée — ha ottenuto degli ottimi risultati in due casi nei quali vi era rottura recente dell'uretra interessante contemporaneamente il bulbo e la porzione membranosa — rottura mista — ed in un terzo caso nel quale si aveva un restringimento traumatico esteso all'uretra bulbare ed all'uretra membranosa da trauma pregresso.

Rimane la questione del trattamento di quei casi, frequenti in verità, nei quali, o per intempestive manovre di cateterismo o per qualsiasi altra ragione, si sieno manifestati fenomeni di infezione, talora imponenti e che si diffondono con grande rapidità a tutto il perineo ed alle regioni circonvicine. Naturalmente in questi casi bisogna prima di tutto pensare a porre riparo ai fenomeni di infezione e ciò si fa generalmente con appropriate incisioni perineali aprendo il focolaio fino all'uretra, vuotandolo dei coaguli e di tutti gli altri detriti di tessuti contusi ed eventualmente necrosati. Va fatta cioè quella che viene detta l'*uretrotomia esterna* (Leiars). Dominati i fenomeni di infezione resta il problema della ricostituzione del canale uretrale. Generalmente l'uretra è distrutta per un tratto che spesso si estende dall'uretra perineo-bulbare all'uretra membranosa. Ora di fronte a casi del genere gli Autori non sono molto espliciti e non danno indicazioni precise su quello che possa essere il miglior modo di dirigere il trattamento per riuscire nella ricostituzione del canale uretrale.

Nella impossibilità di eseguire l'uretrorrafia e non potendo nemmeno applicare, dati i fenomeni di infezione in atto, la sutura a piani di Guyon, rimane l'alternativa o di lasciar tutto aperto lasciando che si formi liberamente una fistola uretrale, da trattare poi a distanza con una operazione di plastica, oppure applicare una sonda a permanenza attorno alla quale si aspetterà che si riformi per seconda intenzione una parete uretrale nuova. Preferibile secondo noi il secondo procedimento. Esso, che forse è il più antico di tutti, è stato alquanto trascurato fino a qualche anno fa. Ora ritorna in onore avendo dati ottimi risultati nelle mani di varî chirurghi. De Harven (1933) specialmente si fa sostenitore del metodo. Egli lo adopera tanto nelle lesioni recenti come negli interventi a distanza per restringimenti cicatriziali dell'uretra posteriore. Kesseler (1932) è ricorso a questo metodo ottenendone un risultato buonissimo, in un caso in cui aveva prima praticato, senza successo, l'uretrorrafia. Secondo de Harven in vista di tali buoni risultati vale la pena di lasciare anche per lungo tempo un tubo a permanenza perchè se è vero che esso può nuocere a una sutura che si trova a suo contatto è pure vero che questo tubo è inoffensivo quando non vi è alcuna sutura. Confermerebbero questo modo di vedere gli ottimi risultati avuti da de Harven e Kesseler nei loro casi, come pure quello perfetto ottenuto da noi nel caso che verremo a riferire e nel quale è stato adoperato precisamente il metodo della sonda a permanenza.

È preferibile che il tubo o la sonda sieno di calibro piuttosto grande, di modo che la porzione lesa offra nelle cure consecutive un lume largamente beante a l'introduzione di un nuovo tubo o d'una sonda qualsiasi.

L'uso di dilatatori nel periodo postoperatorio non deve farsi che tardivamente allorchè la cicatrizzazione s'è stabilita e più allo scopo di mantenerne il calibro che di aumentarlo con sforzi di pressione.

De Harven e Kesseler hanno nei loro casi praticato sempre la cistostomia soprapubica per la derivazione delle urine. Nel nostro caso invece s'è fatto a meno di essa e si è medesimamente ottenuto un ottimo risultato. Però è

da osservare che nei casi degli AA. ora citati i pazienti sono pervenuti loro precocemente quando i fenomeni di infezione non si erano purance manifestati: la derivazione delle urine aveva quindi la sua precisa indicazione nell'intento di evitarli: nel nostro caso invece l'ammalato ci è pervenuto tardivamente quando, dopo tentativi infruttuosi di cateterismo, si erano manifestati imponenti i fatti di infezione.

Ed in verità per ogni singolo caso la condotta da adottare dipende da molteplici fattori e principalmente va tenuto conto del momento nel quale il paziente si presenta per il trattamento e della presenza o meno di fenomeni di infezione. Questi che sono pressochè fatali quando nel traumatizzato si è proceduto a manovre di cateterismo, aggravano e complicano singolarmente il decorso della lesione. Ed è perciò che tutti gli Autori giustamente insistono nel raccomandare l'astensione da questa pratica che pur troppo viene spesso ancora eseguita, specialmente nei luoghi distanti dagli ospedali, da chi è chiamato a prestare le prime cure a quei pazienti che avendo riportato un trauma al perineo trovansi nell'impossibilità di orinare.

OSSERVAZIONE. — N. Luigi, di anni 38, colono, da Arezzo. La sera del 19 dicembre 1933, scendendo le scale di casa sua che sono prive di ringhiera perdeva l'equilibrio e dall'altezza di circa due metri e mezzo veniva a cadere a cavalcioni su una sbarra di ferro. Ha subito uretrorragia abbondante; impossibilità di urinare. Chiamato alcune ore dopo il sanitario del posto, pratica al paziente delle manovre di cateterismo che rimangono infruttuose. Ciononostante l'ammalato durante la notte e l'indomani riesce con sforzi ad emettere ad intervalli poca quantità di urina, la quale è mista a sangue; poi si ha arresto completo della urinazione. Dopo 48 ore dal trauma, in ritenzione completa, viene ricoverato nel nostro Spedale.

Al momento dell'ingresso il perineo è sede di una evidente tumefazione ecchimotica, molto dolente alla pressione e che si estende in avanti fino oltre la radice dello scroto invadendo in parte le borse, indietro fino all'orifizio anale, mentre ai lati si diffonde verso la radice delle cosce raggiungendo le regioni inguino-crurali ed inguino-addominali. Temperatura 40°.5, condizioni generali gravi con polso molto frequente, piccolo, con intermittenze.

È evidente trattarsi di una rottura dell'uretra posteriore aggravata da fenomeni di infiltrazione urinosa per cui si rende necessaria l'immediata apertura del focolaio; ciò che viene fatto con una incisione antero-posteriore che dalla radice dello scroto arriva ad un dito trasverso al davanti dell'orifizio anale. Il focolaio che è sede di abbondanti coaguli e di liquido sanioso commisto ad urina, viene vuotato alla meglio, indi zaffato con garza iodoformica. Il paziente ne risente subito un gran beneficio, la vescica si può svuotare attraverso l'apertura perineale e la temperatura, dopo alcune ore, si abbassa sensibilmente. Una revisione del focolaio praticata ventiquattro ore dopo mette in evidenza una distruzione cospicua dell'uretra e dei tessuti periuretrali che sono in parte necrosati e si può constatare come il focolaio comprenda un esteso tratto dell'uretra bulbo-perineale, e dell'uretra membranosa — rottura mista —. Tra i tessuti alterati si possono riconoscere appena i due capi dell'uretra, il distale ed il prossimale. Fra essi intercede una distanza di circa cinque centimetri. Si pratica un lavaggio detersivo con liquido di Dakin. L'indomani i capi uretrali sono più appariscenti ed il folocaio si presenta spogliato di molta parte di detriti. La temperatura è scesa al normale, le condizioni generali del paziente sono alquanto migliorate.

Si decide di applicare una sonda a permanenza. Una Nélaton N. 22 viene introdotta dal meato e si fa sporgere, nella breccia perineale: viene allora repertato e fissato il capo prossimale dell'uretra e con manovre adatte si riesce ad imboccarvi l'estremità della sonda che viene spinta fino in vescica. Vengono poi dati alcuni punti di avvicinamento in corrispondenza della breccia perineale dimodochè i tessuti periuretrali vengono portati a ridosso della sonda; un piccolo drenaggio viene posto nel punto più declive e verrà tolto dopo alcuni giorni. Applicazione alla sonda di un sistema a sifone che funziona perfettamente. Medicature quotidiane al perineo.

La sonda viene lasciata in posto per otto giorni indi viene sostituita con un'altra dello stesso calibro e così si procede per sei settimane fino a quando la lesione perineale non è del tutto rimarginata e la neouretra perfettamente ricostituita. Si toglie allora definitivamente la sonda e ad intervalli di due-tre giorni si praticano dei sondaggi per assicurarsi del mantenimento del calibro primitivo.

Il 27 febbraio 1934, dopo 66 giorni di degenza, il paziente viene dimesso perfettamente guarito.

Rivisitatolo il 2 luglio 1934, alla distanza cioè di più di sei mesi dal trauma — il paziente era stato perduto di vista quantunque fosse stato invitato al momento dell'uscita di ripresentarsi allo Spedale periodicamente — si può constatare che l'uretra non aveva subìto alcun restringimento lasciando ancora passare una sonda del N. 22 e della lesione perineale non rimaneva che una cicatrice lineare indolente soffice.

Il caso ora riportato costituisce un esempio molto dimostrativo di rottura traumatica dell'uretra posteriore — rottura mista — con estesa perdita di sostanza perfettamente guarito coll'applicazione della sonda a permanenza. Qui non era possibile effettuare una ricostituzione operatoria immediata dell'uretra sia per l'estensione della lesione sia per i fenomeni settici intervenuti che hanno richiesto l'apertura ampia del focolaio. Invece di lasciare che si formasse una fistola perineale abbiamo preferito applicare la sonda a permanenza ed attendere che si riformasse attorno ad essa una nuova uretra: ciò che è avvenuto nello spazio di 40 giorni nonostante i gravi ed estesi danni provocati dalla infiltrazione urinosa. E noi non abbiamo che a lodarci del procedimento adottato tanto più se si pensa che la cura delle fistole urinarie perineali, specialmente quelle consecutive a rottura dell'uretra membranosa,

costituisce sempre, come s'è detto, un problema di difficile soluzione, dove spesso si hanno degli insuccessi; senza dire poi che il secondo procedimento avrebbe richiesto in complesso un tempo maggiore. Del resto se l'applicazione della sonda a permanenza non avesse portato all'esito desiderato poco male ne sarebbe venuto all'ammalato perchè anche in tale evenienza si avrebbe avuto sempre modo di praticare, in secondo tempo, un'operazione di plastica: o un'autoplastica col metodo di Pasteau e Iselin; o una resezione con sutura a strati del perineo secondo Guyon e Noguès; o infine una resezione ed applicazione di sonda a permanenza come preferisce de Harven.

Concludendo questa nostra osservazione viene a dimostrare come nelle rotture dell'uretra posteriore e specialmente nelle rotture che si estendono dal tratto bulbo-perineale a quello dell'uretra membranosa possa rendere utili servigi l'applicazione della sonda a permanenza anche quando si sieno manifestati fenomeni di infezione del focolaio aggravanti la lesione e per i quali non è possibile adottare gli altri procedimenti di ricostituzione uretrale.

Da notare come, anche a distanza di tempo, il calibro della neouretra si sia perfettamente mantenuto nonostante la indocilità del paziente che non si era più ripresentato per i successivi sondaggi dopo lasciato lo Spedale.

Va appena accennato come anche nel nostro caso il tentativo di cateterismo praticato subito dopo il trauma ha condotto a serî fenomeni settici che invece un'immediata cistostomia soprapubica avrebbe forse evitato.

## RIASSUNTO.

L'A. si intrattiene sulla cura operatoria delle rotture traumatiche dell'uretra posteriore. Dopo aver parlato dei varî metodi di ricostituzione del canale uretrale dice delle difficoltà che questa ricostituzione presenta specialmente nei casi nei quali vi è estesa perdita di sostanza. Per il trattamento di questi ultimi si fa sostenitore della applicazione della sonda a permanenza, dimostrando come attorno ad essa viene a riformarsi una nuova uretra e riferisce un caso personale trattato con questo procedimento nel quale ha potuto ottenere un ottimo risultato.

## BIBLIOGRAFIA.

BAGNOLI N. *Un caso di rottura dell'uretra.* Arch. It. di Urologia, 5, 174-180, gennaio 1929.

BANKS H. *Rottura dell'uretra.* Nuovo metodo di trattamento. Brit. J. Surg., 15, 262-263, ottobre 1927.

BEGUIN, BOURGEOIS, ecc. *Compendio di Patologia Chirurgica.* Vallardi, 1922.

CALEF C. *Trattamento della rottura dell'uretra posteriore complicata colla frattura del bacino.* Arch. It. di Urologia, 7, 416-430, marzo 1931.

CRAWFORD F. R. *Traumatic ruptur of male urethra.* Virginia M. Monthly, 59, 670-672, febbr. 1932.

DE HARVEN. *Ruptures traumatiques de l'urètre posterieure. Cure opératoire et résultat.* Le Scalpel, a. LXXXVII, n. 26, 1° luglio 1933, pagg. 986-993.

FISHER A. C. *Un caso di rottura dell'uretra.* Lancet, 1; 1093-1094; maggio 21; 1932.

FLAUDRIN P. R. *Rottura traumatica dell'uretra, porzione bulbomembranosa; trattamento con sutura del perineo.* Bull. Soc. Franç. d'urol., 8, 154-161, 15 aprile 1929.

GRIDNEV A. *Terapia della rottura dell'uretra.* Ztschr. f. urol. Chir., 38, 11-17, 1933.

GRIMAULT L. *Rottura traumatica dell'uretra perineale, uretrorrafia immediata.* Bull. et mém. Soc. nat. de Chir., 52, 1232-1242, 1926.

HAINES C. *Rottura traumatica dell'uretra.* I. Urol., 29, 285-294, marzo 1933.

KESSELER J. *Rupture traumatique totale de l'urètre bulbo-périnéale chez un enfant ayant nécessité un tecnique particulier dans le soins postopératoire.* J. d'Urolog., 34, 45-47, July 1932.

YOUNG H. H. *Treatment of complete rupture of posterior urethra, recent er ancient by anastomosis.* I. Urol., 21, 417-449, april, 1929.

LEGUEU F. *Della riparazione in due tempi delle perdite di sostanza traumatiche od operative dell'uretra perineale.* Bull. de la Soc. de Chir., 1906, T. 32, pag. 816.

ID. *Rotture dell'uretra perineale.* Bull. et mém. Soc. nat. de Chir., 53, 92-96, feb. 5, 1927.

LEJARS F. *Trattato di chirurgia d'urgenza.* Vallardi, Milano, 1922.

MACHADO MACEDO M. *Un caso di rottura dell'uretra in una frattura del bacino.* Med. contemp., 49, 435-438, 6 dicembre 1931.

MACQUET. *Rottura traumatica dell'uretra perineobulbare e sua terapia.* Echo méd. du nord, 36, 145-151, March. 26, 1932.

MARION. *Traité d'Urologie.* Masson et C.ie, éditeurs, Paris, 1928.

MARTIN-LAVAL. *Plastica chirurgica nella rottura traumatica dell'uretra.* Boll. Soc. Franc. d'urol., 8, 126-190. March. 18, 1929.

PARTSCH F. e BREITLÄNDER. *Esame radiologico dei restringimenti da rottura di uretra.* Ztschr. f. urol. Chir., 25, 108-123, 1928.

PASTEAU e ISELIN. *La resezione dell'uretra perineale nei traumatismi gravi del perineo, ecc.* Ann. des mal. des org. genito-urin., 1906.

POWERS J. H. e SMITH D. W. *Treatment of traumatic ruptur of posterior urethra.* New-Jork, State J. Med., 32, 1188-1191, Och. 15, 1932.

REYNARD. *Rottura traumatica dell'uretra perineobulbare, trattamento coll'uretrorrafia circolare.* Lyon méd., 142, 41-44, Iuly 1928.

ROMERO PLÀ M. *Rottura dell'uretra, tecnica chirurgica di ricostruzione.* Medicina, Madrid, 22, 257-263, 15 sett. 1932.

SALLERAS J. *Hard perivescical phlegmon secondary to ruptur of posterior urethra.* Rev. de especialid. 6, 1070-1076, nov. 1931.

SCALES E. T. *Rottura dell'uretra bulbare.* I. Nat. M. A. 24, 4-5, Jan. March., 1932.

SMITH G. G. e MINTZ E. R. *Rottura traumatica dell'uretra.* Tr. Am. A. Genito-Urin. Surgeons, 24, 441-448, 1931.

SPURR R. e MONTANARO H. *Plastic restoration of rupture posterior urethra following fractur of pelvis.* Rev. de especialid. 5, 781-189, Iune 1930.

VAN OLMEN. *Terapia delle rotture traumatiche dell'uretra.* Arch. méd. belges, 85, 316-320, 1932.

WHITE E. W. *Rottura d'uretra associata a frattura del bacino.* I. Ur. 29, 295-309, March. 18, 1933.

## COMMENTI.

### Sempre in tema di emorragia gastrica postoperatoria.

Al Collega Prof. Baggio, il quale mi ha mosso alcuni appunti nel n. 33 di questo giornale, sono pure debitore di una breve risposta.

Mi sorprende l'eccessiva importanza che egli attribuisce alla mia noticina di pura tecnica operatoria nei riguardi storico-bibliografici. Dovevo forse citare tutti gli espedienti proposti dai vari chirurghi per eliminare, nei limiti del possibile, l'emorragia gastrica postoperatoria, mentre il mio scopo era semplicemente quello di illustrare — più con le figure che con le parole — l'artificio, cui ora ricorro con soddisfazione al fine di combattere tale temibile complicazione? Per ragioni di brevità, omisi perfino di menzionare Pototschnig che in realtà, prima ancora di me, richiamò l'attenzione sull'artificio del v. Haberer nel Congresso di Chirurgia di Parma nel 1927. In quell'occasione alcuni Colleghi si levarono sì per parlare sull'argomento, ma non certo in favore, anzi *contro* il metodo in questione. D'altra parte, contrariamente a quel che tende ad ammettere Baggio, se — per quanto ho visto e per quanto ho letto — le mie impressioni sono esatte, credo che dei nostri Colleghi quelli che non si preoccupano affatto di una emostasi sistematica nel taglio della parete gastrica siano i più, anzichè i meno. Anche di recente Donati ha caldamente raccomandato un metodo di sutura extramucosa, illustrato dal suo assistente Nogara, in cui è omessa ogni allacciatura dei singoli vasi della sottomucosa. Per parte mia, mi permetto invece di insistere sulla necessità di provvedere a tale emostasi — e in ciò mi trovo pienamente d'accordo con Baggio e in ciò del resto risiedeva specialmente il motivo del mio scritto — perchè secondo la nostra modesta esperienza l'emorragia postoperatoria sia nella resezione, sia nella gastrodigiunostomia è una complicazione assai temibile, tutt'altro che eccezionale, come a torto suppongono alcuni. Occorre, dunque, prevenirla con tutti i mezzi possibili a nostra disposizione.

Riguardo al modo di realizzare una efficace emostasi preventiva della sezione gastrica, ritengo che il migliore artificio sia pur sempre quello di incidere anzitutto *a strati* la parete dello stomaco, in modo da mettere bene in evidenza i vasi decorrenti nella sottomucosa. Che poi in luogo di allacciarli per trasfissione prima di aprire la mucosa, si possa anche pinzettarli e allacciarli dopo aver aperto la mucosa stessa, come preferisce ora Baggio è evidente, benchè io francamente non vegga il vantaggio della seconda variante sulla prima. Ad ogni modo, se non erro, Baggio ha accennato a questo dettaglio di tecnica solo nel IV vol. del *Trattato della Scuola Romana*, pubblicato ai primi del 1933, mentre io avevo già descritto la tecnica del v. Haberer nel mio opuscolo sulla resezione gastrica edito dal Cappelli nell'anno precedente.

Firenze, 30 agosto 1934-XII.

GIOVANNI CAVINA.

---

# SUNTI E RASSEGNE.

## GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

### I dolori pelvici nella donna.

(N. WHITE. *Practitioner*, settembre 1934).

La diagnosi dell'origine dei dolori pelvici nella donna è spesso molto difficile.

Le affezioni pelviche provocano spesso dolori riferiti in regioni molto lontane dal corpo, come il caso del dolore alla spalla che si ha in seguito di rottura di una gestazione ectopica, che è provocato dall'irritazione delle terminazioni nervose sottodiaframmatiche da parte del sangue stravasato. Ma un'analoga manifestazione si ha anche nell'ulcera gastrica perforata e nella colecistite.

Un'altra difficoltà diagnostica sta nel fatto che molte affezioni degli organi pelvici (retroversioni dell'utero, metriti del collo, ptosi ovarica, uterina e vaginale) possono decorrere senza fenomeni dolorosi.

Infine si possono avere dolori di origine puramente psichica senza alcuna alterazione anatomica locale, come può riscontrarsi nella cancerofobia, nella frigidità sessuale, nel vaginismo.

Il modo con il quale s'inizia il dolore è spesso molto utile per trovarne la causa. Se il disturbo si è iniziato con un parto o con un aborto sarà probabile trovare una lesione organica. Se si sono verificati dolori addominali, forse ritenuti di origine appendicolare, si tratterà probabilmente di salpingite.

Se una donna si lamenta di dolori lombodorsali sopravvenuti in seguito a sforzo si tratterà forse di fatti a carico dell'articolazione sacro-iliaca.

Se il dolore dura da molto tempo sarà utile indagare se è continuo, intermittente o variabile, e se ha relazioni con il ciclo mestruale. Un dolore di origine pelvica si esacerberà nella fase premestruale che è accompagnata da una congestione degli organi genitali. Il dolore premestruale dovuto a peritonite pelvica scompare con la comparsa della mestruazione.

Il dolore premestruale e mestruale nell'età matura sono spesso causati da tumore dell'utero, delle ovaie o di altre parti nelle pelvi o nel basso ventre. L'intolleranza al coito ed il dolore all'atto del defecare si ha spesso quando il tumore risiede nello spazio retto-vaginale. Un piccolo tumore fibroso sottomucoso provoca dolore acuto al tentativo dell'utero di espellerlo.

Il dolore intermestruale, alla metà circa del tempo intercorrente fra due mestruazioni, è probabilmente associato all'ovulazione. Si ha spesso nella peritonite pelvica cronica che provoca aderenze ed ispessimenti della corteccia ovarica. Un dolore più tardivo nel ciclo ovarico è dovuto ad emorragia nel corpo luteo. All'esame bimanuale si può apprezzare l'ingrossamento e lo spostamento dell'ovaio. Se il corpo luteo si rompe si ha un'emorragia intraperitoneale che può simulare la gestazione ectopica.

Il dolore addominale è molto comune e spesso l'unico sintoma delle affezioni ginecologiche. È avvertito più ai lati che nella parte mediana dell'addome e quasi mai al disopra dell'ombelico, a meno che non si tratti di un tumore molto voluminoso. Sono stati fatti tentativi per localizzare l'organo affetto dalla sede del dolore spontaneo e alla pressione e dell'iperestesia, ma tali dati riescono quasi sempre insufficienti.

Nelle affezioni tubariche ed ovariche il dolore è localizzato principalmente al di sopra della cresta iliaca dal lato corrispondente. Invece i dolori del cieco e del colon sono localizzati più nella fossa iliaca. Le affezioni tubariche dolorose sono varie: infiammazioni croniche, con idro- e pio-salpinge, gestazione ectopica, e torsione delle trombe con ematosalpinge. La gestazione ectopica, quando non dà fenomeni acuti, si può confondere con la peritonite pelvica: tuttavia nella prima si hanno mancanze o ritardi nella mestruazione e nella seconda si hanno mestruazioni frequenti ed irregolari.

Il dolore caratteristico della gestazione ectopica è intermittente ed occasionale, con intervalli brevi da un quarto a mezz'ora. È causato dagli sforzi fatti dalla tromba per espellere l'ovulo che la distende.

Le cisti ovariche di non eccessiva grandezza di solito non provocano dolore, a meno che non si verifichino torsioni, rotture o infezioni. La torsione provoca un dolore addominale acuto con irradiazioni al lato interno della coscia.

Le infiammazioni croniche del collo da vecchie lacerazioni o erosioni infette provocano talvolta dolori al basso ventre. In tali casi la pressione sul fornice laterale della vagina ed i tentativi di spingere il collo verso l'altro lato provocano vivo dolore.

Il varicocele del legamento largo è talvolta causa di dolore addominale.

Il dolore generalizzato a tutto il basso ventre è spesso dovuto a peritonite tubercolare. L'affezione può essere localizzata principalmente alle trombe ed alla ovaia ed essere accompagnata da formazioni di masse nelle pelvi o nel peritoneo, che possono essere scambiate con cisti ovariche.

Occorre tenere presente che i dolori addominali possono essere determinati anche dalla stipsi cronica, dal cancro del colon, dalla diverticolite, dall'appendicite cronica, dalla tubercolosi e dal cancro del cieco, dall'enteroptosi.

Un disturbo particolare delle donne è quello costituito da una sensazione di pena nella pelvi, un senso di stiramento in basso dei genitali, causato dal prolasso uterino o vaginale e talvolta dalla retroversione. Il dolore è avvertito principalmente ai lombi ed alla bassa pelvi con diffusione talvolta ad una o ambo le fosse iliache, ed è dovuto alla trazione sulla plica infundibolo-pelvica. Il dolore è aggravato dal moto e dalla stazione in piedi.

Nelle affezioni ginecologiche sono molto comuni anche i dolori lombo-sacrali, che sembrano dovuti a congestione degli organi pelvici e specie del tessuto cellulare pelvico, ed in caso di prolasso a stiramento della plica utero-sacrale che contiene fibre simpatiche e parasimpatiche innervanti l'utero e la vescica.

La grave lombalgia che si ha nel carcinoma del collo è dovuta alla diffusione del neoplasma al legamento utero-sacrale. Quella associata a infiammazione è probabilmente dovuta a cellulite della stessa parte; in effetti quando la lacerazione e la erosione del collo guarisce il dolore cessa.

La lombalgia si ha anche a seguito dell'isterectomia totale per granulazioni settiche nelle ferite della vagina, ed anche nelle peritoniti pelviche croniche.

L'utero retroverso di volume normale è di solito indolente, ma il grosso utero subinvoluto della retroversione puerperale suole associarsi a gravi lombalgie. Un dolore analogo, dovuto sempre a congestione pelvica, si ha quando un utero retroverso diventa gravido.

A parte ciò si possono avere dolori lombari per alterazioni articolari a seguito di fatti ginecologici normali. Durante la gravidanza si ha un aumento di mobilità delle articolazioni pelviche, che le rende più suscettibili ai traumi. Nel puerperio, in capo a due o più mesi dal parto, si ha un graduale ritorno allo stato normale, ma durante questo periodo ogni sforzo anche non eccessivo può provocare una sublussazione ileo-sacrale.

D'altra parte durante la gravidanza si possono avere lombalgie a causa della posizione abnorme che deve mantenere la donna. Per mantenere l'equilibrio disturbato dal peso del feto la donna deve tirare indietro le spalle accentuando la curva lombare. In questa posizione il sacro tende a prendere una posizione orizzontale stirando i legamenti che lo fissano alle ossa vicine.

Le lombalgie della menopausa oltre che alle artriti sacro-iliache che sogliono accompagnare tale periodo, possono essere determinate dall'aumento del peso corporeo che si ha nel climaterio e dal conseguente sforzo esercitato sui legamenti e muscoli sacrali e lombari.

La diagnosi di lombalgia ortopedica si fa con la indagine anamnestica, la ricerca del punto dolente e dei movimenti che provocano il dolore, e l'esame radiologico.

La coccicodinia è dovuta ad una lesione delle articolazioni e legamenti coccigei e di solito deriva da un trauma diretto. Le affezioni ginecologiche non provocano dolore in questa re-

gione. La diagnosi si fa con la palpazione, esaminando i movimenti con l'esplorazione rettale ed eventualmente con la radiografia.

DR.

## I lipomi del grande labbro.

(MONDOR e SICARD. *La Presse Médicale*, 30 settembre 1933).

I lipomi del grande labbro sono molto rari nonostante la ricchezza d'adipe di questa formazione anatomica e del monte di Venere che la continua in alto. Avendo recentemente avuto occasione di estirparne uno, gli AA. hanno compiuto un'accurato studio sui lipomi di questa regione; essi rappresentano il 0,47 % dei tumori del monte di Venere e l'1,67 % di quelli del grande labbro; complessivamente nella letteratura se ne contano solo ventisette casi. A causa certamente di questa rarità la diagnosi esatta fu spesso fatta solamente all'atto operatorio; nella massima parte dei casi si era pensato a un'ernia inguinale, a una cisti della glandola di Bartolino o, più frequentemente, a una cisti del canale di Nück. Questi lipomi si osservano a tutte le età, hanno uno sviluppo molto lento e, allorchè raggiungono dimensioni notevoli, possono ostacolare la marcia, i rapporti sessuali e il parto.

Il tumore occupa la regione pubio-inguinale e tutto o parte del grande labbro, può rimanere localizzato a questo o estendersi al perineo fino alla regione anale o approfondirsi verso la vagina; le sue dimensioni possono raggiungere quelle d'una testa d'adulto. Il lipoma può anche essere peduncolato; in questi casi il peduncolo, che può essere lungo parecchi centimetri, si fissa sia a livello dell'orificio superficiale del canale inguinale, sia alla parte media del grande labbro. Istologicamente si tratta di tessuto adiposo attraversato da travate connettivali spesse.

Questi tumori si originano dagli elementi adiposi della regione, è quindi opportuno ricordare che il grande labbro è costituito da quattro piani:

1) la pelle;
2) il dartos;
3) il pannicolo adiposo sottocutaneo;
4) un sacco fibro-elastico, emanazione della fascia transversalis e che va considerato come l'omologo della tunica fibrosa superficiale delle borse. Questo sacco contiene del tessuto adiposo, che costituisce la « pallottola adiposa di Imlach » e si continua con il tessuto cellulo-adiposo pro-peritoneale, vi si trovano inoltre le terminazioni del legamento rotondo.

I lipomi del grande labbro possono avere una doppia origine: gli uni nascono dal pannicolo adiposo sottocutaneo, sono situati quindi all'esterno del sacco fibro-elastico descritto più sopra e restano localizzati nel grande labbro o evolvono verso il perineo: gli altri si sviluppano a spese della pallottola adiposa di Imlach, contenuta nel sacco fibro-elastico, e si espandono avanti l'anello inguinale superficiale, nel monte di Venere e invadono, qualche volta, con un prolungamento, la porzione viciniore del canale inguinale; sono questi che, con maggiore facilità, vengono scambiati con le cisti del canale di Nück.

Ducuing ammette anche una varietà di lipomi originantisi a spese del periostio del pube, questa varietà non è però mai stata constatata.

L. FERRETTI.

## L'operazione radicale nel quadro della terapia elettiva del carcinoma del collo.

(F. v. MIKULICZ RADECKI. *Relaz. al XXIII° Congresso della Soc. Ted. di Ginec. a Berlino*, ottobre 1933, in *Archiv f. Gyn.*, vol. 156, fasc. 1-2, p. 244, 1933).

La terapia elettiva, con la quale si intende che i casi operabili vengono operati, gli inoperabili irradiati, ha dato (su una statistica di 5500 casi) la guarigione assoluta nel 24,5 %; tale risultato potrebbe elevarsi al 30 %, come può arguirsi da diverse constatazioni. Perciò l'A. crede che questa direttiva terapeutica fornisca successi in misura di gran lunga superiore a quella della terapia esclusivamente operativa o del solo impiego delle irradiazioni su tutto il materiale.

La superiorità dell'operazione nei casi operabili, che si traduce nell'aumento delle cifre assolute di guarigione, dipende più da momenti topografici, che biologici. L'operazione radicale allontana i nidi carcinomatosi dei parametri, che spesso i raggi del radium non riescono a raggiungere e contro i quali si rivelano impotenti i raggi Röntgen. Il reperto palpatorio non ci può far riconoscere con sicurezza la diffusione del carcinoma. Considerati istologicamente, appaiono particolarmente pericolosi i cordoni cellulari formanti piccoli e medi nidi, poichè questi si trasportano con grande rapidità nei parametri attraverso i linfatici; a tale particolarità va data maggiore importanza che al grado di maturità dell'epitelio nei carcinomi solidi. Nei riguardi dell'adenocarcinoma del canale cervicale, i risultati stanno a far preferire la cura operatoria (50,9 % di guarigioni), alle cure attiniche (21 % di guarigioni).

Ritiene la semplice estirpazione dell'utero un procedimento assolutamente insufficiente, per la frequenza con cui sono colpiti i parametri: anche carcinomi apparentemente iniziali della portio possono già aver dato metastasi nei parametri e d'altra parte una successiva irradiazione radium o Röntgen non può sostituirsi alla omessa asportazione dei parametri.

La operazione radicale dà gli stessi risultati tanto se eseguita per via addominale, che per via vaginale; però la mortalità con quest'ultimo metodo è di circa la metà più bassa; per ragioni di umanità sarebbe perciò da preferirsi la via vaginale. La estirpazione delle ghiando-

le non sembra di importanza capitale, tanto più in considerazione che esse possono essere efficacemente aiutate da successiva irradiazione Röntgen nella lotta contro le cellule cancerigne penetrate.

La terapia operatoria risulta preferibile inoltre nelle donne giovani ed in quelle in istato di gravidanza. La röntgenterapia postoperatoria dovrebbe usarsi in ogni caso, per principio; la radiumterapia postoperatoria entra in campo dopo l'intervento radicale per via vaginale.

Mediante la radiumterapia preoperatoria in un ristretto numero di casi possono esser resi operabili carcinomi primitivamente inoperabili. Non è ancora assodato se un preventivo trattamento attinico procuri la sterilità batteriologica; perciò in nessun caso deve perdersi tempo prezioso, per questo scopo ipotetico. Più importante appare di abbassare la mortalità operatoria, escludendo l'operazione quando esistano controindicazioni da parte del cuore, dei polmoni o di altri organi.

L'A. conclude che oggi non deve esistere più soltanto un operatore, ma che l'operatore deve fare anche l'actinoterapia, per arrivare a poter delimitare i reciproci confini di queste modalità terapeutiche nei singoli casi, nonchè alla più idonea combinazione delle stesse, sui quali criteri si fonda appunto la terapia elettiva del carcinoma dell'utero.

E. DEBIASI.

## Mixosarcoma in moncone cervicale da pregressa isterectomia subtotale.

(T. CICCHELLA. *Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia*, a. XV, vol. XV).

L'A. illustra questo caso capitato alla sua osservazione, e lo riporta non solo per la sua rarità (nella letteratura ce ne sono solo due comunicazioni) ma anche per la *vexata quaestio* fra isterectomia totale e subtotale.

Nel caso in esame si trattava di una donna di 22 anni, che quattro anni prima era stata operata di taglio cesareo per viziatura pelvica; era stata praticata contemporaneamente una isterectomia subtotale perchè l'utero era fibromatoso. Dopo 4 anni l'inferma ha cominciato ad avvertire aumento progressivo dell'addome con senso di malessere generale, perdita dell'appetito e stitichezza. Sottoposta ad intervento laparatomico viene estirpato un grosso tumore di aspetto liscio, lucente, di colorito bianco-sporco che occupa quasi tutto l'addome, e che ha contratto aderenza col colon trasverso e con la vescica. Il polo inferiore è collegato al moncone cervicale che viene anche esso asportato dalla vetta vaginale.

La malata era guarita in 16ª giornata.

Il tumore esaminato istologicamente, risulta essere un mixosarcoma.

L'A. dice poi come la degenerazione sarcomatosa dei fibromiomi sia relativamente rara non superando, secondo le statistiche, la proporzione del 2 %. Per quanto riguarda le degenerazioni carcinomatose della portio da pregresse isterectomie subtotali, essa si aggira intorno al 0,32-0,87 %, mentre molto più rara è la recidiva di tumore fibro-sarcomatoso sulle cicatrici del moncone cervicale.

Per quanto riguarda la mortalità, mentre nell'isterectomia subtotale sarebbe di 1,9 %, in quella totale è del 3,6 % e anche più.

A queste considerazioni l'A., riguardo alla degenerazione sarcomatosa di un utero fibromatoso e al pericolo di recidiva sulla cicatrice del moncone cervicale, conclude:

che è difficile fare la diagnosi di degenerazioni sarcomatose all'apertura dell'addome dal solo reperto macroscopico;

che anche quando l'esame istologico desse la certezza della degenerazione maligna, pure la recidiva è rara e qualche volta si tratta solamente di mixomi e non di mixo-sarcomi;

che considerando la rarità di una recidiva e i rischi dell'intervento conviene attenersi alla isterectomia subtotale anche nei casi in cui risultassero chiare note di degenerazione maligna, — come, ad esempio, la propagazione del tumore alla sierosa peritoneale — perchè un intervento radicale in questi casi mentre esporrebbe a serio pericolo la vita dell'infermo, non arresterebbe il decorso del male.

ULRICO BRACCI.

## Il metodo e il trattamento della terapia delle rotture spontanee del collo dell'utero durante il parto e sue conseguenze.

(A. WELESHEVA, W. KOTELNIKOFF e F. CHANINA. *Monat. für Geb. und Gyn.*, vol. 3, fasc. 95, settembre 1933).

Su 1472 parti in primipare gli AA. hanno potuto osservare la rottura spontanea del collo, durante il parto, nel 17 % dei casi. Essi, dopo una sistematica ispezione fatta con lo speculum, hanno preso in considerazione lacerazioni estese oltre 1 cm. e mezzo.

Le primipare sui 35 anni figurano con una percentuale del 50 %: importanza non indifferente ha anche la forma e la grandezza del bacino.

Per la patogenesi bisogna tener presente la durata del travaglio: aumentando questa aumenta la possibilità della lacerazione; feti grossi influiscono anche specie quando la circonferenza cranica supera i 35 cm.; l'inerzia secondaria agisce con l'estendere la lacerazione.

Quasi sempre le lesioni del collo si combinano con altre lesioni della vagina e del perineo, risentono però queste ultime molto l'influenza del valore costituzionale e dei difetti di sviluppo dei genitali esterni.

La sutura dagli AA. viene fatta sempre con catgut ed entro le prime ore (2-4 ore) e que-

sta operazione, secondo loro, non solo è senza pericolo dal lato delle infezioni ma porta anche ottimi risultati lontani garentendo le funzioni mestruali e la capacità fecondativa della donna. G. ZACCARO.

**Risultati di trattamento operativo della sterilità nelle affezioni annessiali, con particolare considerazione a un caso di parto spontaneo con rottura di utero dopo impianto della tuba.**

(E. FELS. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, vol. 108, fasc. 3, pag. 338, 1934).

L'A, riferisce sui risultati delle operazioni per sterilità intraprese dal 1927 al 1932 nella Clinica Ginecologica di Breslavia.

Vennero praticate resezioni tubariche e rispettivamente salpigostomie in 34 casi: di 21 di queste pazienti fu potuto seguire successivamente l'esito e in esse non si verificò alcun caso di gravidanza. Lo stesso risultato negativo viene denunciato per 3 casi di impianto dell'ovaio nell'utero.

Si avverò il concepimento di due pazienti, alle quali — dopo resezione del tratto mediale delle tube — venne praticato l'impianto del tratto laterale tubarico nell'utero.

Una sola volta si arrivò a gravidanza con successivo parto spontaneo, 2 mesi dopo salpingostomia da un lato e impianto della tuba con salpingostomia dall'altro. Però in questo caso si determinò una rottura d'utero, della quale l'A. incolpa il troppo breve periodo di tempo intercorso fra operazione e concepimento. L'esame della tuba impiantata dimostrò la sua completa capacità funzionale, almeno per quanto si può dedurre dal suo stato anatomico. Perciò egli raccomanda di evitare la gravidanza almeno per i 4-5 mesi successivi a operazioni per sterilità, in cui si sia dovuta aprire la cavità uterina. E. DEBIASI

**Anemia grave gravidica e postpuerperale.**

(STERLING, OKUNICHESKY e GRODSIESKY. *Le Sang*, giugno 1934).

Gli AA. intendono riportarsi alle anemie gravi di tipo pernicioso, che accompagnano regolarmente nello stesso soggetto ogni nuova gravidanza; e a quelle pure recidivanti, che accompagnano il periodo post-puerperale.

Esse sembrano rare, ma forse lo sono in realtà meno di quanto appaia dalla letteratura.

Già nella donna gravida sana possono essere messi in evidenza segni di sofferenza ematica (aumento di formazione e di distruzione delle emazie, modificazioni della formula leucocitaria, oscillazioni del tasso emoglobinico) e vasale (segno del laccio positivo, tendenza alle emorragie).

Secondo qualche A., gli elementi del corion sarebbero capaci di secernere una sostanza ad azione emolitica, la coriolisina; dallo stato delle normali forze di difesa del sistema emopoietico dipende se questa sostanza avrà o no il sopravvento.

Secondo gli AA., una grande importanza va data alla funzione dello stomaco; nei periodi avanzati di gravidanza è stata dimostrata con frequenza ipoacidità e persino acloridria: e — secondo Castle — l'anemia che si manifesta negli ultimi mesi di gravidanza rassomiglia molto a quella legata a disturbi gastro-intestinali ecc.

L'anemia postpuerperale è anche più difficile a spiegarsi: essa sarebbe legata ad un'insufficienza del midollo osseo che, latente durante la gestazione, si rivela dopo la squilibrio del parto; ricordando anche che, secondo Galewsky e altri, la placenta avrebbe proprietà antianemiche e la sua scomparsa accelerebbe il crollo.

Dopo una dettagliata descrizione di cinque casi occorsi alla loro osservazione, gli AA. mettono in rilievo il grande successo costantemente ottenuto colla somministrazione di preparati opoterapici (fegato e stomaco) associati all'acido cloridrico e alla pepsina, al cacodilato e al ferro, e ad un'alimentazione ricca di ferro (frutta, legumi): e notano come si possa in tutti i casi evitare in tal modo l'interruzione della gravidanza. V. SERRA.

## MISCELLANEA.

**Le influenze stagionali sulle malattie.**

(P. WORINGER. *VIII Congresso francese di pediatria*. 1934).

Lo studio delle variazioni stagionali in buone statistiche mostra tre tipi differenti di oscillazioni:

Riacutizzazioni ogni due o tre anni (morbillo-difterite).

Riacutizzazioni stagionali annuali (frequenti).

Riacutizzazioni senza data precisa in rapporto con fenomeni meteorologici « malattie meteorotrope ».

Lo studio medico meteorologico è applicabile a questi ultimi casi. Le malattie a lenta ripercussione attualmente non benefiziano nè dell'istrumentazione, nè dell'esperimento sugli animali, ma solo dalla statistica

E questa deve essere rigorosa: diagnosi esattissime, studio su distretti a metà urbani e metà rurali, studio di tutti i casi sia leggeri che gravi, nel massimo numero, più centinaia, e per lungo tempo, almeno tre o quattro anni. Si ottengono curve in genere sinusoidali, con apice ed un minimo spesso lontani di sei mesi. Lo studio del rapporto massimo: minimo dà risultati variabili, ma pressoche costanti in un dato caso.

Eliminati l'asma da fieno, la malaria, l'urticaria da fragola, le cui cause sono vegetali o

parassitarie e non stagionali, restano a considerare:

Malattie infettive: il morbillo che mostra un massimo da marzo a luglio, ed un minimo da agosto a settembre. Negli adulti (soldati) si ha un tipo invernale-primaverile fra gennaio e giugno col massimo in marzo.

Per la scarlattina massimo in febbraio.

Per la varicella e vaiolo massimo in marzo.

Per la difterite massimo fra novembre e gennaio. Per la tosse ferina c'è un distanziamento nel tempo, raramente inverno primaverile. La vera influenza epidemica è raramente influenzata dalle stagioni e così pure gli orecchioni. La meningite epidemica predomina in marzo, come l'encefatite; la poliomielite in settembre. Le infezioni acute del faringe e delle vie respiratorie, specialmente broncopolmonite e polmonite, predominano in febbraio aprile. Le tonsilliti sarebbero più precoci. Il reumatismo articolare acuto inizia in momenti variabili. La tubercolosi meningea sale da dicembre a marzo, poi decresce, il minimo si ha in settembre. Analoga curva ha la tubercolosi polmonare. Le infezioni intestinali salgono da giugno a settembre poi decrescono: le enterocoliti sembrano far la stessa cosa.

I disturbi digestivi del lattante hanno il loro massimo in luglio agosto. Dall'ottobre la loro cifra è praticamente nulla. L'estate calda è più nociva che l'estate piovosa. È la tipica curva stagionale.

Le malattie da carenza, fermo restando lo stesso regime, offrono variabili modificazioni. Il rachitismo decorre parallelo alla mancanza di luce, così pure la spasmofilia: l'acme è netto inverno primaverile. La xeroftalmia, nulla dal luglio al novembre, sale fino a marzo o maggio, poi retrocede. Il beri-beri ha un massimo estivo autunnale, dal luglio all'agosto.

Alcune forme di asma, l'eczema dei lattanti, le affezioni endocrine, cutanee, le emottisi, la appendicite, l'epilessia, la pellegra, hanno nette reazioni stagionali.

In definitiva tre o quattro sono i tipi per le malattie stagionali:

Il tipo inverno primaverile, il più diffuso, con ascensione rapida, dal dicembre al maggio, discesa brusca. In esso rientrano numerose infezioni, determatosi, avitaminosi.

Il tipo invernale puro, molto simile (difterite).

Il tipo estivo autunnale, con massimo ad agosto, settembre. Specie per le infezioni intestinali, il beri-beri, la poliomielite.

Il tipo estivo, raro: pellagra, lucidi, (cioè dermatosi dovute alla luce), con inizio in aprile, acme in giugno, discesa in luglio.

Le interpretazioni esplicative delle variazioni stagionali delle malattie sono piuttosto semplici ipotesi di lavoro, da precisare. Per le infezioni, la biologia del germe patogeno può essere stagionale, e ciclica, ovvero l'organismo può essere influenzato dal regime alimentare stagionale, ovvero il metabolismo può variare con le stagioni, e con lui, la resistenza organica. Moro crede all'esistenza di una crisi ormonale primaverile, vera primavera biologica, che creerebbe uno stato recettivo speciale per la fine dell'inverno.

I fattori meteorologici che determinano le variazioni stagionali delle malattie sono numerose e la loro analisi è malagevole: oltre al caldo al freddo, alla luce, intervengono, lo stato elettrico, il sole, l'umidità la pressione barometrica ecc. Ma anche il fattore freddo, studiato da vicino offre discordanze numerose. Per il caldo, vicino al colpo di calore, esistono azioni lente e nocive sul tubo digestivo, valevoli per molti stati estivo-autunnali. Inversamente la carenza solare, invernale, agisce sul rachitismo e sulla spasmofilia. I fattori barometrici, i cicloni ecc. sono del tutto da studiare: essi del resto non sono paralleli alle stagioni (*Paris médical*, n. 35, 1934).

Monteleone.

## La congiuntivite delle piscine.

(Dejean. *Paris médical*, n. 35, 1934).

Le piscine pubbliche, così frequentate nei tempi caldi possono essere la causa di alcune epidemie di congiuntivite acuta, ben conosciute da alcuni anni. I primi casi furono osservati a Berlino dal Schultz nel 1899. Fehr ne osserva 40 casi nel 900: l'affezione fu detta congiuntivite balneare endemica. Nel 1923 una nuova epidemia fu segnalata in Germania, da Paderstein.

I primi casi in Francia furono segnalati nel 1922, da Morax. Chaillous e Nida osservano otto malati nello stesso tempo; altri sei malati sono osservati da Kalt e Chaillous. Questi, come gli altri, frequentavano una piscina, frequentata specialmente da lavoratori ed alimentata dalle acque della Senna, rinnovata ogni martedì e mantenuta a 27°. Poichè l'acqua pulita è rapidamente insudiciata dagli operai, questi vengono prima del bagno sottoposti ad una doccia di pulizia; purtuttavia abbondante grasso galleggia alla sua superficie fornendo ottimo mezzo di cultura per i germi. L'infezione non ha colpito che gli uomini: da notare che anche le donne sono ammesse al bagno, ma solo il mercoledì cioè dopo il rinnuovo dell'acqua. Dunque la purezza dell'acqua è un fattore di contagio o non. La semeiologia dell'affezione ormai è ben netta.

La congiuntivite delle piscine è una infiammazione acuta con ipertrofia follicolare che colpisce in genere i maschi, ed adolescenti. Dopo sette od otto giorni di incubazione compare un lieve rossore della congiuntiva con poca secrezione sul bordo palpebrale. Progressivamente l'infiammazione aumenta di intensità; palpebre e mucosa si tumefanno, si ha lacrimazione, e secrezione, fotofobia, disturbo della visione, blefarospasmo. In genere un occhio solo è preso al principio ed è l'occhio destro, il secondo occhio è colpito più tardi

in genere dopo tre settimane. Dolori poco vivi. I sintomi si accentuano verso il quarto o quinto giorno, i bordi palpebrali sono agglutinati da croste e secrezione, la mucosa è ispessita ed iniettata, mentre resta moderata la iniezione della congiuntiva bulbare. Davanti al trago si ha una adenite preauricolare indolente e non suppurante. Il segno più importante è l'ipertrofia dei follicoli, piccole sporgenze rosee, ineguali, a limiti imprecisi, sulla mucosa del cul di sacco interno e sulla congiuntiva tarsica inferiore. La pressione ungueale o strumentale non vuota questi follicoli come nel tracoma. Dopo 20-30 giorni la infiammazione diminuisce, l'iperemia e l'iperfollicolite persiste circa per un altro mese. La guarigione è la regola. La diagnosi è dunque facilitata dalla nozione etiologica od epidemica, dalla forma follicolare insorgente in giovani; in sulle prime l'affezione era stata confusa con il tracoma, ma la evoluzione rapida, la benignità dell'andamento, la localizzazione, la forma delle granulazioni, sono caratteri distintivi. La follicolite congiuntivale semplice è una ipertrofia benigna dei follicoli della mucosa, comparente nei bambini, senza infiammazione e senza disturbo funzionale. Da tener presenti anche particolari congiuntiviti follicolari, comparenti per esempio, per abuso di atropina, ovvero in congiuntiviti lacrimali, ovvero nelle congiuntiviti primaverili.

La congiuntivite delle piscine è trasmissibile come è stato sperimentalmente dimostrato da uomo ad uomo e nelle scimmie. Malgrado ciò le culture e gli strisci non lasciano vedere alcun microbo. L'esame delle cellule desquamate della superficie epiteliale malata mostra in un certo numero di casi delle inclusioni del tipo di Prowazetc. Donde il germe venga, perchè le piscine sono il veicolo delle epidemie ecc., sono questioni irresolute.

Che l'occhio destro sia sempre il colpito, e per il primo, è facile presumerlo quando si pensi che i nuotatori sono per lo più sdraiati sul fianco destro onde il corrispettivo occhio è il più spesso bagnato. L'acqua delle piscine pubbliche non sarebbe la sola a propagare la infezione: sono stati segnalati casi di contagio con l'acqua dei laghi, e perfino con l'acqua del mare. Non è tuttavia ammesso che si tratti della stessa affezione: è stato ammesso il contagio anche a mezzo degli asciugamani e degli accappatoi, e così a mezzo degli oggetti che vengono a contatto con i bagnanti.

Una profilassi è pertanto indispensabile nelle piscine: le condizioni che essa dovrebbe realizzare sono: assenza di ogni germe, purificazione quotidiana totale, rinnovo giornaliero, visita medica prima del bagno con eliminazione dei malati, in specie dei blenorragici, doccia di pulizia prima dell'immersione, servizio d'ordine.

La terapia della congiuntivite balneare ha una ristretta importanza perchè l'affezione evolve spontaneamente verso la guarigione; bisogna evitare le cure troppo energiche che possono aggravarla meccanicamente.

MONTELEONE.

## Ricerche sperimentali sulle scottature della pelle.

(F. SCHÜTZ. *Boll. Istituto Sieroterapico Milanese*, aprile 1934).

L'A. s'è prefisso di studiare a fondo le sostanze tossiche che si formano nei focolai di ustione cutanea e di stabilire se possano avere funzione di antigene e possano servire alla preparazione di un siero antitossico.

Egli ha osservato il decorso e gli effetti di una scottatura tipo ed ha così assodato che esso è differente nell'animale normale, in confronto a quello che già subì scottature precedentemente. Così gli animali scottati precedentemente per tre volte, reagirono al nuovo stimolo più intensamente, mentre quelli che subirono in un lungo periodo di tempo ripetute scottature, presentarono di fronte alla scottatura test., un comportamento non uniforme.

Interessanti sono gli esperimenti fatti per stabilire la « scottatura minima mortale » che negli animali sensibilizzati appare notevolmente ridotta.

Per studiare le caratteristiche biologiche delle sostanze tossiche che si formano nell'organismo animale con la scottatura, l'A. ha iniettato il sangue intero, il siero e gli estratti di cute di animali scottati.

Solo forti dosi di sangue intero e di siero riuscirono leggermente tossiche. Con l'introduzione invece per via sottocutanea di estratto di pelle scottata si ebbe la morte dell'animale dopo 48 ore dalla prima iniezione e l'autopsia mise in evidenza alterazioni simili a quelle che presenta un animale morto in seguito ad ustione.

Importante è il fatto che l'estratto di cute scottata produce una cutireazione positiva in animali precedentemente scottati più volte.

Nell'ultima parte del suo lavoro l'A. riferisce i tentativo di sieroterapia con siero ricavato da animali ripetutamente scottati e che ricevettero iniezioni di un estratto di pelle scottata. Nelle scottature sperimentali mortali l'iniezione di siero specifico ritardò la morte di qualche giorno. Nei casi di scottature tipo sottoposti a questo trattamento si notò una reazione molto minore in confronto dei controlli, cui era stato iniettato siero normale.

Le prove di sieroterapia fatte su soggetti umani vittime di scottature accidentali, per quanto scarse, hanno dato risultati che l'A. qualifica incoraggianti pur non permettendo ancora di trarre deduzioni definitive.

VICENTINI.

## L'ATTUALITÀ MEDICA

**La vaccinazione antidifterica con una unica dose di tossoide precipitato con allume.**

Varie sostanze sono state aggiunte al tossoide difterico allo scopo di diminuirne la rapidità d'assorbimento e produrre così uno stimolo alla produzione di anticorpi di durata maggiore. La più comune di queste sostanze è l'allume. Parecchi AA. hanno usato il metodo della precipitazione del tossoide con l'allume, riuscendo così ad ottenere una notevole concentrazione dell'antigene. Iniettando 1 cc. di questo prodotto sono riusciti a rendere negativi alla reazione di Schick il 92,4 % dei bambini positivi ad essa.

A. E. Keller e W. S. Leathers (*Journ. Am. Med. Ass.*, 18 agosto 1934) hanno determinato la rapidità con cui si può ottenere l'immunizzazione con un'unica dose dell'antigene suddetto.

In due gruppi di 23 bambini l'uno e di 53 l'altro positivi alla Schick ne iniettarono 1 cc. nella regione deltoidea.

La reazione locale e generale non dimostrò una gravità maggiore di quella che si constata con gli altri metodi di vaccinazioni.

Nel primo gruppo il 60 % divenne negativo in 14 giorni, il 95,6 % in 28 giorni, e il 100 % in 42 giorni.

Nel secondo gruppo, il 92,4 % divenne negativo in 22 giorni, il 94,3 % in 60 giorni, e il 96,2 % in 90 giorni dopo l'iniezione.

Questi risultati dimostrano che il metodo usato dagli AA. presenta notevoli vantaggi di fronte agli altri metodi; una unica iniezione è infatti sufficiente ad ottenere l'immunizzazione con una notevole rapidità. E. CARLINFANTI.

**Gli antiormoni.**

La grande diffusione raggiunta in questi ultimi anni dalla terapia sostitutiva nelle endocrinopatie, invita a riflettere su alcune recenti osservazioni sperimentali, che, a parte l'importanza dal punto di vista biologico, ne presentano una forse maggiore da quello clinico, confermando le necessità della massima prudenza nell'uso dei prodotti ormonali.

Tali prodotti vengono spesso somministrati con successo; si nota però talvolta che, pur trattandosi di pazienti che lasciavano adito alle migliori speranze, l'effetto desiderato non viene raggiunto; anzi si verifica talora un peggioramento nel disquilibrio endocrino. Si aumenta invano la dose, il prodotto viene allora condannato oppure il paziente viene dichiarato refrattario alla cura.

Oggi dagli studi di Zondek, di Collip e di altri ci è venuta la risposta a queste discordanze cliniche: l'organismo non accetta senza reagire gli assalti al suo equilibrio endocrino, alla somministrazione di ormoni, esso risponde con la produzione di «antiormoni».

Queste sostanze, così chiamate da Collip, sono state realmente dimostrate nel sangue. Se per esempio si inietta in animali l'ormone tireotropo della ghiandola pituitaria, si ha in un primo tempo una iperplasia della tiroide e un aumento del metabolismo; ma pur continuando la somministrazione dell'ormone, dopo due o tre settimane il metabolismo torna rapidamente alla norma ed anche al disotto di essa. L'animale diventa allora insensibile a dosi fino ad otto volte superiori a quella prima efficace. E questa refrattarietà può essere passivamente trasmessa ad altri animali: infatti il siero degli animali inoculati iniettato ad animali nuovi, li rende a loro volta refrattari a quel tale ormone ed a quello soltanto.

Bisogna dunque essere estremamente cauti nell'applicare direttamente alla terapia le nostre conoscenze di fisiologia endocrina, che si sono dimostrate ancora troppo frammentarie ed incomplete. E. CARLINFANTI.

(Da un articolo redattoriale del *Journ. of the Am. Med. Ass.*, 18 agosto 1934).

---

## DIVAGAZIONI

**Gli effetti benefici della musica sui pervertiti.**

H. Van Etten (*L'Hygiène mentale*, dec. 1933) riferisce che negli Stati Uniti e nel Belgio società di volontari visitano le prigioni per portare ai detenuti soccorsi morali sotto forma di conversazioni, di corsi professionali ed anche di trattenimenti misucali e che dal 1927 esiste a Parigi una *Equipe musicale des prisons*, la quale cerca con la sua opera interessare i prigionieri a forme spirituali superiori atte a provocare in loro un ritorno d'idee e di sentimenti salutari.

L'esperienza ha dimostrato che gli infelici accolgono la musica molto meglio che i discorsi e più sensibilmente ne risentono l'influenza educatrice L'armonia penetra senza urti negli spiriti più risoluti a rifiutare e denigrare tutto ciò che loro viene detto o offerto a fine di emendamento.

I concerti constano di solito di sei pezzi e durano cinquanta minuti. È preferita la musica strumentale. Gli effetti constatati sono stati sorprendenti. La profonda umanità dolorante di Beethoven, la sublimazione celestiale di Bach, la dolcezza di Schubert, la solennità di Händel hanno presa sicura anche sugli individui più pervertiti.

Fin dal principio delle esecuzioni uomini e donne hanno manifestato un'emozione intensa, parecchi piangono.

Più rilevanti ancora sembrano le traccie che i concerti lasciano nello spirito degli ascoltatori. Un detenuto scriveva: «Durante l'audizione sono stato preso da terribili rimorsi. Ho visto la mia vita come una nuvola di vergogna, ed il ricordo di questa bella giornata resterà

fisso nella mia testa. Nella mia cella ho potuto abbandonarmi a riflessioni e a lagrime che mi stringono il cuore ». Ed un altro: « Una folla di pensieri mi si presentava davanti ed in quel momento ho perduto tutto il mio sangue freddo. Ha lasciato che le mie lagrime scorressero. Vi sono ancora brave persone che pensano a venire a smuovere i nostri buoni sentimenti con un rimedio migliore di tutte le parole, la musica ».

Vien fatto di domandarsi: Come la musica perviene a addolcire i costumi di una folla di prigionieri per la maggior parte recidivi e professionisti del delitto? Come il linguaggio dei suoni risveglia risonanze nelle zone profonde dello spirito inaccessibile al linguaggio comune?

L'esperienza fatta nelle prigioni francesi dimostra come gli individui più pervertiti ed antisociali abbiano nascosti nel profondo del loro spirito, inabissati nel loro incosciente i sentimenti più delicati e più morali.

Bastano sensazioni estetiche, capaci di commuovere la quasi totalità degli uomini ed anche animali nella scala evolutiva molto lontani dall'uomo, perchè questi sentimenti siano risospinti alla ribalta della coscienza ed impregnino tutto lo spirito.

La sensibilità ai ritmi musicali non è un privilegio degli uomini intellettualmente e moralmente superiori. Essa è molto comune anche negli spiriti poco evoluti, ed è capace di destare passioni per idee nobili anche agli individui a mentalità bassa, infiammare anche quelli più torpidi.

È noto come ogni idea generosa abbia avuto il suo inno, che è stato l'espressione del movimento che l'ispira e ne è stato anche uno dei più efficaci propulsori. La rivoluzione francese ebbe la Marsigliese, il movimento per l'indipendenza italiana ha avuto l'inno di Mameli e di Garibaldi, la rivoluzione fascista ha avuto l'inno di Blanc. Ancora oggi il suono di queste musiche mette i brividi e fa spuntare le lagrime. possiamo quindi immaginarci quale pungolo all'azione siano stati ai loro tempi già carichi di idee e di passioni.

Essendo una potente eccitatrice di sentimenti la musica può riuscire come mezzo di rieducazione là dove ordinariamente falliscano la persuasione e la suggestione, i consigli e gl'incitamenti.

Si profilano così nuovi metodi di rieducazione. Come la ginnastica razionale rieduca le debolezze motorie, così la ginnastica ritmica, la danza, è destinata ad esercitare una funzione analoga nelle sfere psico-motorie e poi la musica in zone più alte, in quelle squisitamente psichiche, nel campo delle idee e dei sentimenti morali.

Ma intervengono azioni ancora più profonde. Se il ritmo agisce solo su alcune forme, del resto inferiori dell'attività animale, l'armonia ha risonanze notevoli nel sistema nervoso viscerale.

Le musiche, generatrici d'emozioni intense, eccitano attraverso vie ancora indeterminate, verisimilmente sottocorticali, i centri ipotetici della sensibilità simpatica. Questi centri elaborano la sintesi delle varie cenestesie, sensazioni vaghe di malessere e di benessere, di vuoto e di pienezza, che danno in certo modo conto della funzione dei visceri e condizionano la tonalità affettiva generale dell'individuo. Le impressioni musicali interferiscono con le cenestesie, reagiscono su esse e sulla tonalità affettiva. Nei carcerati, nei quali questa si mantiene necessariamente povera e monotona, le prime battute di un concerto che apportano loro un alimento nuovo e possente, agiscono come un choc affettivo le cui conseguenze non si possono calcolare a priori. Esse dipendono dalle caratteristiche neurovegetative di ciascun individuo. In complesso si sa che i vagotonici presentano una suscettibilità marcata agli chocs. Ora molto spesso gli antisociali di già suscettibili ai ritmi appartengono al gruppo degli instabili vagali. Riuniscono quindi due condizioni estremamente favorevoli all'azione della musica.

Non deve quindi sorprendere se individui apparentemente impenetrabili, refrattarî ad ogni psicoterapia sono scossi dall'emozione musicale.

Questo nuovo agente terapeutico si avvicina quindi notevolmente più agli agenti fisici e farmacodinamici che a quelli psicoterapici. Esso si colloca nella categoria dei modificatori della tonalità affettiva, tra l'idroterapia da una parte e dall'altra tra gli stupefacenti (oppio, alcool, hyschich ecc.) che sono creatori di sinfonie visive.

Naturalmente su questi la musica ha il vantaggio di non provocare tossicomanie, che per loro conto danno notevole incremento alla criminalità. *argo.*

## NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Dott. FRANCESCO LANDOGNA CASSONE. *La diagnosi clinica della stenosi polmonare congenita con speciale riguardo agli elementi segnati dal flebogramma giugulare.* Pagg. 254, con 20 figure. Editore L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 30.

*Ci sia consentito riportare in queste colonne la significativa Prefazione che il Clinico Medico di Roma si è degnato scrivere per il libro del dott. Landogna Cassone.*

« La monografia che il dott. Francesco Landogna Cassone presenta, non soltanto illustra in maniera completa la diagnosi clinica di stenosi polmonare congenita, ma fa punto focale di trattazione un nuovo sintoma segnalato da Pende ed a lungo trattato dall'A.: sintoma di notevole interesse come ogni acquisizione semeiologica concreta e obbiettivale.

Dallo studio del flebogramma giugulare — che l'A. ha trattato a fondo in sua forma, genesi e significato, con speciale felice applicazione delle concezioni del suo Maestro sull'attività tonogena del cuore — è emerso.

nella stenosi congenita della polmonare, uno speciale comportamento dell'onda e del flebogramma stesso, che assume pertanto particolare valore di sintoma diagnostico di primo piano.

Per il contributo dell'A., doppiamente importante dal punto di vista monografico e originale, il libro merita di essere segnalato specie agli studiosi di cardiologia, e dimostra una volta di più quanto fertile di risultati sia sempre l'accurato e intelligente studio del malato ».

Roma, 1° settembre 1934-XII.

C. FRUGONI.

## CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

I. BABINSKI. *Oeuvre scientifique*. Editore Masson et C., Parigi. Prezzo Fr. 180.

In questo grosso volume un gruppo di allievi, di collaboratori e di amici del grande estinto ha raccolto tutti i suoi poderosi contributi al progresso della neurologia.

Opera veramente meritoria perchè quasi tutto quanto Babinski aveva prodotto era pubblicato in note, comunicazioni e lezioni sparse e quindi non facilmente rintracciabili.

I lavori pubblicati da Babinski sono 238, ma i compilatori del volume hanno scelto i più importanti intercalando nel testo alcune note integrative del pensiero del maestro sparse nelle minori pubblicazioni.

Si ha così a disposizione tutta la sua produzione.

I varî argomenti sono raggruppati secondo le loro affinità in modo da formare grandi capitoli: il metodo in semeiologia, la semeiologia, i tumori e le compressioni cerebrali, le affezioni non piramidali, le affezioni del cervelletto, del bulbo e del labirinto, le paraplegie e le affezioni del midollo, le affezioni dei nervi e dei muscoli, l'isteria ed il pitiatismo, i disturbi fisiopatici, la terapia.

DR.

M. R. CASTEX e L. E. ONTANEDA. *La ponction cisternale*. Edit. Dion, Parigi. Prezzo Fr. 35.

Questo fascicolo de *La Pratique médicale illustrée* colma una lacuna della letteratura medica. Sulla tecnica della puntura sottoccipitale, sulla sua importanza nella diagnostica e nella terapeutica, sono stati pubblicati molti contributi, ma mancava un lavoro d'insieme che desse una esposizione completa del recente metodo di esplorazione e di cura, e lo mettesse alla portata dei medici pratici.

L'argomento è trattato in modo esauriente sotto tutti i punti di vista.

Precise, chiare figure illustrano il testo.

DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## XI° Congresso della Società Italiana di Radiologia Medica.

(Perugia, settembre 1934-XII).

Con la partecipazione pressochè totale dei Radiologi italiani, si è riunito a Perugia, dal 20 al 24 settembre, il XI Congresso della Società Italiana di Radiologia Medica. Presidente il prof. EUGENIO MILANI, direttore dell'Istituto Radiologico dell'Ospedale del Littorio di Roma; vice presidente il prof. BRUNO BELLUCCI, incaricato di Radiologia Medica nella R. Università di Perugia.

Solennemente inaugurato nella storica Sala dei Notari, con l'intervento delle autorità politiche, accademiche, amministrative locali, il Congresso ha tenuto le sue sedute nell'Aula Magna della R. Università.

Tra i congressisti non radiologi, ospiti graditissimi: il prof. Donati, clinico chirurgico di Milano; il prof. Besta, ordinario di neuropatologia nell'Università di Milano; il prof. Silvestrini, clinico medico di Perugia; il prof. Perez, ordinario di patologia speciale chirurgica dell'Università di Roma; il prof. D'Ayala, neuropatologo di Siena; il prof. Cavina, professore di stomatologia nell'Università di Bologna; il prof. Lucherini, primario medico degli Ospedali di Roma; ecc.

Tra i radiologi: i proff. Siciliano, presidente della Società; Bertolotti, Busi, Maragliano, Perussia, Tandoia, Balli, Attili, Palmieri, Rossi, Ponzio, Alberti. Serena, Epifanio, Piccinino, Guarini, Benassi, Vespignani, D'Istria, Reviglio, Pescatori, Cogliati, La Penna, Perona, Castronovo, Abati, Del Buono, Nuvoli, Turano, Santoro Mario, Salvatori, Salotti, Pazzi; e i dottori: Fratini, Ratti, Cesarini, Allioni, Mugnai, Grilli, Rossoni, Fagnano, Celletti, Capua, Zuppa, Bernabò, Sgambati, Gentili, Cossu, Cola, Pellini, Gregori, ecc.

Primo relatore il prof. MARINO LA PENNA sulla *Radiologia delle affezioni e delle lesioni traumatiche della colonna vertebrale*.

Egli, ispirandosi alle concezioni del Perez, espone una classificazione etio-patogenetico ed anatomo-radiografico di dette lesioni, dividendole in alcune categorie. Spondilopatie da fattori biologici: condrosi, condrospondilosi, calcificazione dei dischi intervertebrali, spondilosi deformante primitiva, spondilosi deformanti secondarie.

Artropatie da fattori biologici: spondilartrosi anchilopoietica, artropatie apofisarie. Artropatie da fattori infettivi: spondiloartriti.

Spondilosi da displasie sistemiche: mielomi multipii, osteite deformante di Paget, osteite fibrosa di Recklinghausen, linfogranulomatosi od altre emopatie.

Tumori del rachide, i traumi vertebrali. Conclude tracciando un profilo dei rapporti tra trauma ed infortunistica.

Secondo relatore il prof. GIAN GIUSEPPE PALMIERI, sulla *Radioterapia dell'encefalo*. Egli si occupa della radiobiologia dell'encefalo con speciale riguardo alla sua risposta ai Raggi X nel normale e nel patologico. Espone la tecnica di irradiazione e i risultati ottenuti nelle sindromi ipertensive in generale, con particolare riguardo alle forme non tumorali; nelle sindromi tumorali (tumori

dell'encefalo presunti, ma non verificati e a localizzazione incerta, tumori certi dell'encefalo propriamente detto, tumori della scatola cranica, tumori ipofisari); nelle sindromi neuroendocrine non legate a presenza di tumore; nelle sindromi infiammatorie, nelle vascolari e in un'ultima classe di sindromi varie (cefalee, epilessia, atrofia muscolare progressiva, psicosi).

Per quel che riguarda i tumori, problema centrale, della radioterapia encefalica, egli ritiene, in accordo con i più sperimentati chirurghi e radiologi, che i migliori risultati, rispetto ad una più o meno lunga sopravvivenza degli infermi, si hanno dalla combinazione del trattamento chirurgico col radiologico. Conclude illustrando il meccanismo di azione, le indicazioni e le controindicazioni generali e speciali della radioterapia encefalica.

Terzo relatore il prof. PIETRO DEL BUONO, sulla *Roentgenterapia nelle malattie del midollo spinale e dei nervi periferici*. L'O. discute particolarmente sulla radioterapia della poliomielite a. a. dei bambini riferendone in base all'altrui ed alla propria esperienza, la grande efficacia se applicata precocemente. Viene quindi a parlare dei buoni risultati della Roentgenterapia a dosi refratte, con cicli di irradiazione ripetuti per lungo tempo, nella siringomielia e nella sclerosi a piastre. Passa in seguito in rivista il capitolo delle nevralgie.

Per i tumori spinali egli riferisce l'opinione di molti Autori, secondo i quali, i migliori risultati si hanno nell'associazione dell'intervento chirurgico e dell'irradiazione.

Quarto relatore il prof. CARLO GUARINI, sulla *Roentgenterapia del simpatico*. Espone quanto i non numerosi lavori sull'argomento e l'esperienza personale gli hanno fatto conoscere sull'argomento. Tracciati alcuni elementi generali di biologia e di tecnica, dice della notevole efficacia esplicata dalla radioterapia del simpatico nell'angina pectoris, nell'asma bronchiale, nell'ipertireotossicosi, nelle neuralgie, in alcuni disturbi mestruali, nella menopausa, nel male perforante del piede, in alcuni dei sintomi della tabe, nelle osteoporosi dolorose, in alcune artriti, nei ritardi di consolidazione del callo osseo, in alcune dermatosi, in alcune affezioni vascolari periferiche, nell'ipertensione arteriale.

Quinto relatore il prof. BENASSI, sui *Nuovi mezzi di contrasto in Radiologia*. L'O. si occupa principalmente dell'epato-lienografia col thorotrast, introdotto intra venam, studiandone la sua fissazione e distribuzione nei tessuti a funzione granulo-pessica. Egli ne dimostra l'innocuità clinica immediata: quanto a possibili lesioni a distanza di molti anni, egli, pur facendo le necessarie riserve, si dichiara piuttosto ottimista. Viene quindi a parlare delle dosi e delle indicazioni e controindicazioni e del discusso problema dell'eliminazione del colloide. Passa quindi in rassegna il contributo portato dal metodo nella diagnostica dei tumori, ascessi, cisti, come anche di altre malattie non neoplastiche del fegato. Altrettanto fa per alcune malattie della milza e del sistema emopoietico. Fa menzione dello studio della spleno- ed epato-contrattilità. Parla della linfografia. Riferisce sull'impiego del torio nello studio del canale digerente. Si intrattiene sulla vasografia, sull'amniosgrafia e placentografia.

Sesto ed ultimo oratore è il prof. PIETRO PERONA, sullo *Stato attuale e gli odierni orientamenti della radiologia cardiaca*.

Accennato ai più conosciuti metodi radioscopici e radiografici di indagine radiologica sul cuore, parla lungamente del più moderno, tuttora in via di sviluppo: la Roentgenchimografia. Con essa la radiologia cardiaca, stagnante da alcuni anni, entra in una nuova fase attiva promettentissima. Suo scopo è di risolvere problemi di fisiologia e patologia cardiaca, studiando con grafiche ottenute su films i movimenti dei contorni del cuore. Il lavoro già compiuto dai pochi che se ne sono occupati finora, appare già fecondo di buoni risultati anche in campi lasciati inesplorati dall'elettro-cardiografia. Egli illustra i due sistemi in uso attualmente: il tedesco, di Stumpf, a fessure multiple sovrapposte, e l'italiano del Cignolini a fessure spezzate. Con essi sono stati compiuti importanti osservazioni sugli aspetti normali del cuore, sui caratteri delle contrazioni, sulla peristalsi e mobilità della punta, sulla aortiti e gli aneurismi, sui vizi valvolari, sulle lesioni coronariche, sulle aritmie, sulle pericarditi e sulle masse non pulsanti in rapporto all'ombra cardio-vascolari. I due sistemi, si completano, pur offrendo quello del Cignolini maggiori possibilità di misurazioni e un'analisi più esauriente dei movimenti del cuore e grossi vasi.

Le sei relazioni, intramezzate da numerose comunicazioni (le annunziate eran circa 300), sono state seguite da breve ma interessante discussione, dato l'ampio consenso accordato dai congressisti ai relatori; i proff. Perez, Donati, Ayala, Besta, hanno partecipato alla discussione.

Particolare interesse ha suscitato un'esposizione completa di apparecchi radiologici ed elettroterapici con relativi accessori, di films radiografici e di sostanze di contrasto. L'esposizione è riuscita veramente grandiosa e i grandi corridoi dell'Università erano completamente occupati. Risulta da essa esposizione che i nuovi apparecchi a protezione integrale (contro i raggi Roentgen e contro l'alta tensione) per Roentgendiagnostica e Roentgenterapia, hanno raggiunto la maturità e si sono definitivamente affermati.

L'esposizione indica anche l'alto grado di perfezione raggiunta dall'industria italiana sia nella fabbricazione degli apparecchi che in quella delle ampolle.

Case espositrici: Clerici, Meschia, Rangoni, Ferrero, Radiotecnica, Ferrania, Cappelli, Kalikon, Gorla Siama, Piero Gorla, Piazzi, Erba, Molteni, Fehr, Metalix, Koch e Sterzel, Kalmar, Strauss, Agfa, Merck, Schering.

Gran parte dei congressisti hanno partecipato alle gite ad Assisi (ove il Podestà ha ricevuto i congressisti a cui hanno fatto ala i trombettieri del Comune vestiti con gli antichi e caratteristici costumi) e sul Trasimeno e a Chianciano. Le Terme di Chianciano hanno offerto un pranzo ai congressisti i quali più tardi si sono portati con motoscafi all'Isola Maggiore ricevuti signorilmente dal Marchese Guglielmi. Il Congresso si è chiuso a Passignano sul Trasimeno con un ricevimento al Comune.

GIOVANNI BATTISTA SALVATORI.

## Conferenza Scientifica Internazionale sul reumatismo cronico.

(Aix-les-Bains).

Questa estate ha avuto luogo a Aix-les-Bains un importante raduno di medici di diverse Nazioni per trattare l'argomento interessantissimo del reumatismo cronico progressivo generale. Il luogo di ritrovo non poteva essere scelto più a proposito poichè la piccola ed elegante cittadina savoiarda è un noto centro di cure antireumatiche, in virtù delle sue acque caldissime conosciute fino dall'epoca dei Romani che vi hanno lasciato preziosi ricordi delle loro terme, che di recente sono state riordinate in nuovi grandiosi stabilimenti sul cui frontone si legge: Aquae Gratianae.

L'argomento del *reumatismo cronico* è stato ampiamente svolto sotto il punto di vista dell'eziologia, della sintomatologia, della patologia, della diagnosi e della terapia.

Bezançon e Weil si sono interessati di determinare la nozione esatta della poliartrite simmetrica progressiva, indicando i caratteri differenziali suoi in confronto a quelli della gotta, del reumatismo cronico, delle artriti infettive, precisando che le lesioni non sono quelle dell'artrite nel senso stretto della parola, e che la malattia non ha la sua sede d'elezione nell'articolazione, sicchè meriterebbe, secondo loro, la denominazione di poliartropatia simmetrica progressiva. Descritte le alterazioni anatomo-patologiche, il reperto radiografico e la evoluzione, gli Aut. hanno insistito sul fatto della prevalenza del sesso femminile vittima di questa affezione, sul fondato sospetto di rapporti endocrinici, sull'associazione di disturbi vascolo-simpatici, e principalmente sulla costituzione dei soggetti malati.

Mouriquand ha illustrato i probabili rapporti fra reumatismo cronico progressivo e disfunzioni delle paratiroidi, della tiroide e delle ovaia, mettendo in risalto il fatto che questa malattia il più delle volte si palesa all'epoca della menopausa, che è l'età dei disturbi endocrini-vascolo-simpatici.

Loeper, Mahoudeau e Tonnet hanno studiato il metabolismo, rimarcando la carenza di zolfo nei tessuti articolari dei reumatici cronici; l'eccedenza di zolfo, la deficenza di glutatione, e la ricchezza di calcio nel loro sangue; nonchè le alterazioni del metabolismo del glucosio, deducendone indicazioni per una terapia razionale.

Coste e Forestier in base ad analisi critica e a prove sperimentali hanno preso in esame l'ipotesi del fattore infettivo del reumatismo cronico progressivo, arrivando alla conclusione che in difetto della sua dimostrazione, può darsi provvisoria, rimane il campo etiologico aperto a una grande varietà di opinamenti.

May, in collaborazione con Jammet e Braillon, hanno discussa la questione dei disturbi nervosi e vasculo-simpatici, sostenendo che la forma comune del reumatismo cronico non si accompagna a questi disturbi. Le reazioni vasomotorie e simpatiche che si riscontrano in certi reumatici non si può dire per ora se siano primitive e proprie del terreno reumatico, o piuttosto conseguenti alle sofferenze e alla immobilizzazione dei pazienti.

Roch e Martin hanno messo in evidenza l'importanza del fattore terreno, e quantunque non sia consentito sostenere che esiste un tipo speciale fisico costituzionale predisposto, si deve tuttavia riconoscere che esiste una predisposizione famigliare, e che l'allergia tissulare e umorale deve essere ammessa come fattore di alcune forme cliniche.

Bach, Scott, Abrami e Parlier hanno presentato diligenti relazioni rispettivamente sugli aspetti anatomici, radiologici e clinici della malattia; mentre Marañon colla nota sua competenza si è soffermato ad analizzare gli elementi diagnostici differenziali delle diverse forme di reumatismo articolare, aggiungendo un'appendice sul reumatismo muscolare. Con particolare insistenza egli si è soffermato sui reumatismi conseguenti a infezioni generali o focali.

Weissenbach e Françon riferendo sulla prognosi del R. C. P. G. hanno convenuto che si debbano prendere in considerazione cinque elementi: sintomi clinici, referti di laboratorio, esame radiologico, rapporti etiologici, terapia, concludendo che al giorno d'oggi la prognosi è assai più favorevole che nel passato sia perchè si è esteso il campo delle condizioni causali, sia perchè si tende a un trattamento curativo precoce e prolungato, come anche in grazie delle nuove medicazioni più efficaci.

Forse in forma un po' troppo recisa, ma con molta verosimiglianza di ragione Kahlmeter, riferendo su quanto si è fatto d'indagini nel sangue e negli umori riguardo al R. C. P. G., arriva a concludere che l'elemento da valutare più d'ogni altro è il terreno o la costituzione dei malati, a scapito delle teorie moderne allergiche in dipendenza di varie infezioni.

Da ultimo è stato ampiamente svolto l'argomento della terapia in rapporto al reumatismo cronico, al qual proposito si è offerto l'occasione a Chabrol, Gunzburg, Giraud, Leriche, Mathieu, Ducroquet, Loving Swaim, Willcox, Rathery, Lacapère, Ravault di spaziare in tutti i campi dalla chirurgia alla ortopedia, dai vaccini al calore, ai bagni di luce, d'aria calda, ai fanghi combinati colla corrente galvanica, al massaggio, alle doccie a getti convergenti (Bourbonne), alla doccia-massaggio (Aix-les-Bains), ai bagni di vapore, alla crisocalcio-radonterapia, alla chemioterapia, alla dietetica, ecc.

In conclusione la conferenza si può considerare una *mise au point* della questione, un concorso di contributi scientifici e pratici importanti, una esposizione interessante delle opinioni di diverse scuole e indirizzi, dai quali ogni spirito critico può selezionare quanto di meno incerto e di più proficuo si può ritenere in ordine alla eziologia, diagnosi e terapia di questa diffusa malattia.

G. P.

---

*Nel prossimo numero 42 pubblicheremo:*

**CASO DI PERIVISCERITE**

**Lezione Clinica del prof. Cesare Frugoni**

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Sulla diagnosi di carcinoma polmonare.

A. Bich (*Atti e memorie della Soc. Lombarda di Chirurgia*, vol. II, n. 3, 1934) dopo aver ricordato che in questi ultimi anni la diagnosi precoce di carcinoma primitivo del polmone ha assunto una grande importanza sia per l'aumento nel numero riscontrato negli ultimi decenni ,sia anche per la possibilità di guarigione mediante interventi radicali, illustra un caso osservato nella Clinica chirurgica di Milano. Si trattava di una donna di 55 anni, trasferita da un reparto medico con la diagnosi di ascesso polmonare. Due anni prima aveva avuto un'emottisi per cui era stata fatta diagnosi di tbc. polmonare e dopo lunghe cure ricoverata in un tubercolosario, dove l'esame radiologico dimostrò un opacamento massivo del lobo polmonare sup. D. che fu interpretato come un ascesso polmonare.

La ricerca del b. di Koch nell'escretato fu sempre negativa e la p. fu sottoposta a cura di pneumotorace, ma senza risultato, per cui, dopo essere tornata per breve tempo a casa, ritornò in ospedale e da qui fu trasferita alla Clinica chirurgica con la diagnosi suddetta.

Obbiettivamente: condizioni scadenti; epatosplenomegalia; dita a bacchetta di tamburo. Nell'emitorace D., anteriormente zona di ottusità che dalla clavicola si spingeva in basso confondendosi con l'ottusità epatica e ivi respiro assente.

Radiologicamente: esistenza di una massa non uniformemente opaca situata in corrisp. della metà sup. dell'emitorace D., rotondeggiante, più vicina alla parete ant. toracica.

Espettorazione senza odori speciali 100-150 cc. *pro die;* lievi rialzi febbrili serotini (37°-37.5); leucocitosi: 17.000; stato di anemia secondaria.

Esistendo dubbi sulla diagnosi di ascesso polmonare fu fatta una broncoscopia con consecutiva introduzione di lipiodol.

Con la broncoscopia fu trovato a 1 ½ cm. dall'orificio del bronco D un tumoretto sessile della grandezza di un pisello che stenosava il lume bronchiale, il quale al disotto, invece, era perfettamente libero.

In una seduta successiva il tumoretto fu in parte asportato e l'es. ist. dimostrò trattarsi di « un carcinoma baso-cellulare con zone di passaggio allo spino-cellulare e tendenza alla paracheratosi ».

In questo caso quindi l'esame broncoscopico, broncografico e la biopsia hanno permessa la diagnosi.

L'A. si sofferma sui due errori più frequenti che sono commessi nella diagnosi di carcinoma polmonare; la tubercolosi e l'ascesso polmonare. Infatti sono frequenti anche in quello l'emoftoe, la formazione di cavità dovute a sfacelo della massa tumorale e che possono essere interpretate clinicamente e radiologicamente per caverne t. b. c. e l'attecchimento di germi con conseguenti suppurazioni per il ristagno del secreto in conseguenza di stenosi bronchiale dovuta alla presenza di polipi. Questi inoltre, quando sono peduncolati, possono impedire funzionando da valvola l'inspirazione o l'espirazione per cui si possono avere rispettivamente stati di atelectasia o di enfisema polmonare i cui segni si aggiungono, complicandone il quadro, a quelli del tumore. La vomica in questi p. è rara, perchè raramente la cavità dovuta a sfacelo delle masse tumorali è unica, grande e in rapporto con un lume bronchiale.

Chirurgicamente il periodo più favorevole per l'intervento è quello nel quale l'affezione è confondibile con un processo specifico pleuro-polmonare. G. GENTILE.

### Cura delle emottisi tubercolari con le iniezioni di ossigeno.

Il numero sempre crescente delle medicazioni antiemottoiche, mostra il valore relativo della loro efficacia, e giustifica l'impiego successivo, fino a che l'emottisi non si arresta, di ognuno dei metodi noti, senza tener conto del loro modo di azione. L'importante è di aver sottomano un mezzo di rapida azione sia per l'emottisi in sè stessa, sia per l'angoscia del malato. Il metodo delle iniezioni sottocutanee di ossigeno era già stato intravisto dal Ravina, Benzaquen, Bibas, in occasione di un pneumo emostatico risoltosi con un enfisema sottocutaneo: l'arresto delle emorragie fu considerato come dovuto ad un fatto riflesso.

Courcoux (*La Presse médicale*, n. 53, 1934), dopo due interessanti tentativi in casi di media emottisi arrestatisi istantaneamente, ha usato sistematicamente l'ossigeno in casi di emottisi. I casi trattati sono stati 34; l'unica terapia usata fu l'ossigeno per iniezioni sottocutanee. In 25 casi l'arresto dell'emorragia fu immediato e definitivo; in 6 casi bisognò ripetere per più giorni consecutivi le iniezioni per ottenere qualche risultato. In 7 casi l'azione dell'iniezione fu negativa. Bourgeois in cinque casi — dei quali due presso che mortali — ottenne mirabili risultati. La tecnica dell'iniezione è semplice: basta iniettare rapidamente una grande quantità di ossigeno sotto la pelle del torace, dal lato, possibilmente, donde si presume venire il sangue.

Bourgeois crede che la sede dell'iniezione non ha importanza: in tre dei suoi casi l'iniezione fu fatta sotto la pelle della coscia, però sembra che l'iniezione sotto la pelle del torace è più spesso efficace ed in ogni modo, meno

dolorosa. Il volume da iniettare varia dai 300 ai 600 cc. in una sola iniezione. Ravina indica la dose di un litro. I malati sopportano perfettamente l'iniezione che agisce anche sullo stato generale e ridona la calma, l'euforia, in soggetti così impressionati dalla vista del sangue. L'azione emostatica è talora immediata, altre volte la tregua dura poche ore ed è opportuno allora ripetere l'indomani l'iniezione ed anche, magari, nei giorni seguenti. Queste iniezioni ripetute non hanno alcun inconveniente. Se si ricorda quali sono i casi nei quali l'ossigeno ha più rapida azione emostatica, si nota che sono le emottisi che precedono od accompagnano le *poussées* evolutive. Le più tenaci sono le emottisi delle tubercolosi fibrose. Le emottisi dei malati gravi, con lesioni estese, sono in genere, quelle sulle quali l'ossigeno non ha che una relativa influenza, talora nulla. Quanto all'azione dell'ossigeno nell'arresto dell'emottisi, le diverse ipotesi emesse non soddisfano.

MONTELEONE.

**Punti pratici nella terapia della tubercolosi polmonare.**

G. Rosenthal (*Paris médical*, 11 agosto 1934) dà alcune indicazioni per il trattamento della tubercolosi polmonare:

1) Nell'*emottisi*, piuttosto del pneumotorace d'urgenza, consiglia la trasfusione di 50-200 cmc. di sangue, che avrebbe un'azione emostatica maravigliosa.

2) La *febbre* non va combattuta con degli inutili antitermici, ma con la cura d'aria.

3) L'*anemia* richiede l'azione della moderna terapia, specialmente della trasfusione multipla e ripetuta di minime quantità di sangue (25-50 cmc. una volta la settimana).

4) L'efficacia del trattamento pneumotoracico non deve far passare in seconda linea la cura igienico-dietetica; specialmente il pneumotorace bilaterale non va considerato come un trattamento ambulatorio, ma va fatto in sanatorio, dove dà risultati eccellenti.

5) La crisoterapia forma per alcuni il terzo termine del tripode terapeutico antitubercolare; essa sarà fatta con grande prudenza tenendo presente che le dosi terapeutiche sono tanto vicino a quelle tossiche da confondersi qualche volta.

6) Le medicazioni sintomatiche vanno utilizzate con discernimento; così, se l'appetito è stimolato dalla zomoterapia, è inutile dare dei fermenti digestivi, delle preparazioni opoterapiche, degli amari. La respirazione boccale ed irregolare va corretta con quella nasale, ma soprattutto per impedire che il malato si gonfi d'aria e traumatizzi ancor più il polmone.

7) Le localizzazioni viscerali complicano la condotta terapeutica. Le lesioni ossee non saranno inviate al mare, ma alla montagna, facendo un'elioterapia prudente. La laringite bacillare va curata con grande delicatezza; l'A. è favorevole ad una tracheofistolizzazione temporanea.

8) L'associazione con la sifilide indica la preferenza per la cura con il mercurio e bismuto anzichè con l'arsenico organico. Nell'associazione col diabete, l'insulina non presenta inconvenienti anzi permette un'alimentazione idrocarbonata tollerata e sufficiente.

*fil.*

**Cura dell'asma bronchiale coll'iniezione dorsale perisimpatica di alcool assoluto.**

G. L. L. Levin (*The Lancet*, 4 agosto 1934) ha curato con questo metodo 16 casi di asma bronchiale ottenendo completo benessere dopo 4-8 iniezioni in 10 casi, miglioramento tanto sensibile da sospendere la cura dopo 2 iniezioni in un caso, miglioramento buono dopo 2-3 iniezioni in 3 casi e lievissimo miglioramento in 2.

I casi più adatti per questa cura sono quelli di asma così detta incurabile.

L'alcoolizzazione del simpatico si fa nel punto in cui raggiunge il n. intercostale. A 4 cm. di lato alla colonna vertebrale, negli spazi dorsali 3°, 4°, 5°, e 6°, si introduce l'ago fino al margine inferiore della costola; raggiunta questa si dirige l'ago in basso e poi con un angolo di 45° in fuori e si affonda per 2 cm. Si è così fra i muscoli intercostali interni ed esterni. Si spinge ancora un po' l'ago verso la colonna e si iniettano lentamente 2,5 cc. di alcool assoluto, spostando lievemente l'ago ogni tanto. In una stessa seduta si possono così trattare 2-3 nervi intercostali.

Il solo pericolo è quello di penetrare nel cavo pleurico. Si evita questo pericolo mettendo l'ago in comunicazione con un manometro prima di iniettare l'alcool.

Leriche in parecchi casi ha fatto la recisione chirurgica dei rami comunicanti simpatici.

Adson ha fatto la resezione del simpatico al disotto del 2° ganglio toracico e l'estirpazione dell'ultimo ganglio cervicale e dei due primi toracici.

R. LUSENA.

**Cura chirurgica degli empiemi pleurici inveterati.**

La cura degli empiemi cronici è essenzialmente rappresentata dalla toracoplastica secondo Schede, metodo cui è legata una discreta mortalità operativa e una deformazione grave permanente, del torace. L'operazione di Delorme, cioè la decorticazione del polmone è un intervento grave ed è raramente indicato. La frenicoexeresi può portare a guarigione solo i casi in cui vi sono cavi limitati alla base.

Melchior ha cercato di calmare cavi pleurici apicali con lembi formati dalla pleura costale ispessita.

Ritter (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 177, pag. 259, 1933) ha applicato in 18 casi con buon

risultato un nuovo metodo che consiglia e che consiste nello scollare la pleura parietale dalla costale in modo che questa venga a poggiare sulla pleura viscerale. Quando i due foglietti sono accollati e il cavo empiematico chiuso, rimuove il tampone che portava a contatto della pleura viscerale il foglietto parietale; il cavo estrapleurico si colma rapidamente e facilmente.

Nei casi molto estesi il metodo va combinato con gli altri ricordati perchè probabilmente uno scollamento troppo esteso della pleura parietale della costola può portare a necrosi.

VALDONI.

**Drenaggio respiratorio con aspirazione e con lavaggio nella cura degli empiemi pleurici.**

Il trattamento degli empiemi con drenaggio chiuso e aspirazione, negli ultimi anni si è diffuso largamente nella pratica chirurgica per i risultati di gran lunga migliori che si hanno rispetto al drenaggio aperto.

Widenhorn e Warthon (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 178, pag. 703, 1934) hanno cercato di migliorare ancora il metodo aggiungendo al dispositivo per l'aspirazione un sistema di irrigazione continua con soluzione fisiologica.

L'apparecchio funziona in modo che durante l'inspirazione entra nel tubo il liquido che lava la pleura e spezzetta i depositi di fibrina che altrimenti oblitererebbero il tubo. Durante l'espirazione esce dal tubo il liquido e il pus.

Nei primi giorni l'aspirazione praticata è scarsa, poi aumenta a mano a mano che si deterge la superficie pleurica. La guarigione si completa nella 4ª-5ª settimana.

Con questo metodo si possono adoperare tubi piccoli in modo che non occorre procedere alla resezione costale.

VALDONI.

**Cancro dell'apice polmonare con lesioni esistenti di tubercolosi.**

R. Pordal, R. C. Ferrari e O. A. Itioz (*Boletin del Instituto de Clinica Quirurgica*, numero 74-76) riportano il caso di un soggetto morto undici mesi dopo i primi sintomi, e che presentava una sindrome radicolare inferiore del plesso brachiale, per lesione della ottava cervicale e prima dorsale e che si manifestava con dolori intensi nel territorio del nervo cubitale, con atrofia dell'eminenza tenare e ipotenare, paralisi degli interossei e dei lombricoli e disturbi sensitivi delle dita interne della mano. Anestesia del margine interno dell'avambraccio e della frazione interna inferiore dell'avambraccio stesso. Presentava inoltre una sindrome di Bernard-Horner.

Anatomicamente si trovò un cancro dell'apice polmonare e una massa neoplastica secondaria nella fossa sopraclavicolare, che produceva tumori palpabili paravertebrali e nella fossa sopraclavicolare. Presentava un edema dell'arto superiore per compressione della vena succlavia.

La massa neoplastica secondaria dell'angolo costovertebrale ha occupato la colonna vertebrale introducendosi per i fori di coniugazione comprimendo estraduralmente la midolla e distruggendo completamente la prima vertebra dorsale, parzialmente la seconda.

Presentava inoltre una tubercolosi fibrosa dell'apice destro e lesioni tubercolari coesistenti con il tumore nel lato sinistro.

Gli autori si sono intrattenuti su questo caso prima perchè presentava un quadro clinico « au grand complet » molto raro e di grande interesse diagnostico, poi perchè presentava lesioni coesistenti di tubercolosi nello stesso polmone colpito dal neoplasma e allo stesso livello.

N. DI PAOLA.

## TECNICA DI LABORATORIO.

**Una nuova sensibile e rapida siero-reazione per la diagnosi di leishmaniosi infantile.**

I molteplici metodi tentati per diagnosticare la leishmaniosi interna, a prescindere dalla dimostrazione diretta del parassita, hanno dal punto di vista della pratica fornito risultati molto poco attendibili.

Auricchio e Chieffi (*La Pediatria*, 1° agosto 1934) avendo constatato durante alcune ricerche sul valore della reazione di Henry nella diagnosi della malaria, che tra le prove di controllo quelle col siero di una bambina con leishmaniosi davano risultati positivi ed evidenti, estesero le prove ad altri casi di leishmaniosi ed ottennero costantemente esito nettamente positivo.

Si proposero perciò di ricercare un componente organico del ferro capace di flocculare il siero dei bambini con leishmaniosi, restando inerti con i sieri di quelli affetti da altre malattie.

Il peptonato ferroso in soluzione acquosa 1:600 rispose ai requisiti da loro ricercati.

La reazione si ottiene mettendo in una provetta a fondo conico da siero-agglutinazione cc. 0,20 del siero in esame e aggiungendo un centimetro cubo della soluzione di peptonato di ferro; si agita e si mette in termostato a 37°, osservandola ogni dieci minuti fino al 40° minuto. Se la reazione è positiva appare prima una opalescenza del liquido e poi la comparsa di piccoli fiocchi che precipitano al fondo della provetta.

La reazione è pure molto evidente e rapida microscopicamente.

Gli AA. hanno riscontrato sempre positiva la reazione sui sieri di sei bambini con leishmaniosi in periodi diversi di malattia. Hanno eseguito anche la prova col siero di una bambina con leishmaniosi cutanea, ma essa risultò negativa, il che concorda col reperto negativo delle reazioni immunologiche tentate nella leishmaniosi cutanea.

Hanno praticato la reazione in numerosi bambini sani o affetti da svariate malattie dell'infanzia ed hanno sempre avuto risultati negativi; ne deducono che la reazione può essere ritenuta specifica per la leishmaniosi interna dell'infanzia e va considerata come un valido sussidio diagnostico nei casi nei quali non è possibile ricercare il parassita nel midollo osseo o nel succo splenico. VICENTINI.

**Nuovo metodo per la ricerca della spirocheta pallida.**

C. Igewsky (*Il Dermosifilografo*, marzo 1934) per ottenere una superficie umida con una sufficiente quantità di siero nel quale eseguire la ricerca della spirocheta pallida, ha provato la applicazione dell'ansa di platino, riscaldata, sui vari tipi di lesioni sifilitiche! In diversi casi con manifestazioni cutanee luetiche di non facile diagnosi, l'esame per la spirocheta pallida è stato negativo adoperando i soliti metodi, è risultato invece positivo cauterizzando la lesione con l'ansa di platino riscaldata, ed esaminando il siero ottenuto. C. ENRICO.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

**Il significato dei cristalli di ossalato di calcio nelle urine.**

La presenza di cristalli di ossalato di calcio nelle urine viene generalmente interpretata come indice di ossaluria; in realtà, da tempo si è richiamata l'attenzione sul fatto che tale presenza non sta a dimostrare un aumento dell'acido ossalico, ma è dovuta a condizioni per cui l'ossalato di calcio precipita nella caratteristica forma cristallina.

S. Maugeri e F. Nico (*Minerva medica*, 26 maggio 1934) hanno determinato quantitativamente l'acido ossalico ed il calcio nelle urine prive di cristalli di ossalato di calcio ed in quelle che ne contenevano ed hanno riscontrato che tali cristalli si trovano nelle urine con alto contenuto di calcio, mentre mancano in quelle che, pur avendo una quantità elevata di acido ossalico, sono scarse in calcio.

La presenza di questi cristalli deve essere designata come calciuria e non già come ossaluria. *fil.*

# POSTA DEGLI ABBONATI

All'Abb. n. 10322:

Non esistono in italiano opere che trattino le malattie e la morte di uomini illustri, salvo delle pubblicazioni speciali di singoli uomini; cito fra questi gli studi del Bilancioni su Lutero e sulla sordità di Beethoven.

Uno studio del genere su uomini illustri tubercolosi è quello di Ebstein: *Tuberkulosis als Schicksal*, F. Ende Stuttgart. W. Un altro recente, che riguarda l'argomento in genere è quello di A. Braun: *Krankheit und Tod bedeutender Menschen*. Ibidem. *fil.*

# VARIA

**Eugenica e razzismo,**

E. Neuworth, di Pistani (Cecoslovacchia), ha pubblicato un libro dal titolo « Due matrimoni », che ha avuto larghe ripercussioni in quanto esso prova l'inconsistenza delle premesse teoretiche sulla « razza pura » e l'insanità degli sforzi diretti alla epurazione della razza mediante la sterilizzazione.

Il libro fa la storia dei discendenti di un avvocato che viveva nel Connecticut tre secoli or sono, Richard Edwards. Questi ebbe due mogli: la prima dalla vita equivoca, così prima come dopo il matrimonio, fu la disperazione dei parenti; alla fine, fra l'unanime consenso, fu pronunziato il divorzio, anche in considerazione della debole costituzione della donna, e per evitarne le conseguenze sulla prole. L'Edwards passò a seconde nozze con una donna di famiglia molto distinta, dal passato immacolato, religiosa, fisicamente ben costituita. Da tutt'e due le mogli ebbe parecchi figli, che in generazioni successive, formarono come due grandi famiglie. Nell'una si trovano molti assassini, ladri, squilibrati, prostitute; per tutto l'albero genealogico si susseguono varie forme di delinquenza e di vizi. L'altra famiglia dà, invece, 12 professori universitari, incirca 60 medici, 30 giudici, 100 sacerdoti, 75 ufficiali, 80 tra governatori, podestà e altri funzionari, 3 senatori, e perfino un presidente della Repubblica stellata.

Ora, è da considerare che gli assassini, i ladri e gl'immorali, discendono dalla donna sana e pura; viceversa, gli elementi superiori discendono dalla donna viziosa e malata!

Tutto ciò prova che l'allevamento degli uomini non si può ancora assoggettare a leggi: troppi fattori entrano in gioco, e non sappiamo ancora valutarli. (Dagli « Ann. d'Ig. », 1934, n. 8, Allegato).

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ISTITUTO DI SANITÀ PUBBLICA. — Tip. Senato, Roma, 1934.

E. MARTINICO. *La mortalità infantile nell'Istria.* — Tip. Del Bianco, Udine, 1934.

C. BARTOLOTTI. *Relazione medico-sociale per l'anno 1933 del Consorzio Provinciale antitubercolare di Macerata.* — Tip. Bianchini, Macerata, 1934.

R. SIMONETTI CUIZZA. *Morbo di Herter-Heubner (morbo celiaco).* — Tip. Sormani, Milano, 1934.

N. CASTELLINO. *Benzolismo professionale.* — Rass. Previd. Soc., Roma, 1934.

C. BIONDI. *Le intossicazioni da mercurio.* — Rass. Prev. Soc., Roma, 1934.

C. TOVO. *Intossicazione da fosforo.* — Rass. Prev. Soc., Roma, 1934.

A. PALADINI. *Contributo allo studio della contrattilità dell'uretere umano col metodo elettrografico.* — L. Cappelli, Bologna, 1934.

G. QUARELLI. *L'intossicazione professionale da solfuro di carbonio.* — Rass. Prev. Sociale, Roma, 1934.

# POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

**Risposte a quesiti per questioni di massima.**

113° *Dottor M. S.* — Ho trattato in questa rivista la quistione alla quale Lei accenna. Io ritengo che la riduzione non sia legittima. È opportuno, intanto, segnalare al Ministero dell'Interno la risoluzione di massima della Prefettura. Se le tariffe fossero state ridotte dal Prefetto nulla si potrebbe obbiettare, perchè spetta al Prefetto di determinare le indennità dovute dai privati per le prestazioni e le certificazioni richieste nel loro esclusivo interesse. Il Prefetto potrebbe rivedere le tariffe e ridurle. Ma non può essere modificata la quota dovuta per legge all'ufficiale sanitario. Se non fosse possibile una riparazione in sede amministrativa, l'ufficiale sanitario potrebbe ricorrere in sede giurisdizionale alla G. P. A.

114° *Dottor I. V.* — La indennità per mezzi di trasporto, stabilita a forfait anteriormente al 1930, è soggetta alla riduzione del 12 %. È da ritenere che sia dovuta anche la R. M.

115° *Dottor C. D.* — Il Podestà potrà nominare Lei anche se non sarà primo in graduatoria. Il provvedimento sarebbe legittimo e conforme anche alla giurisprudenza costante del Consiglio di Stato. Probabilmente il Prefetto non approverà la deliberazione se, frattanto, non sarà modificato l'indirizzo raccomandato dal Ministero alle autorità dipendenti o non sarà pubblicato il T. U. che quasi certamente regolerà questa materia. Qualora la deliberazione di nomina non fosse approvata, Lei ricorrerebbe al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale contro il provvedimento del Prefetto, con certezza di vittoria. Se il primo graduato, nominato dal Podestà, non accettasse la nomina, e, quindi, il rapporto non si perfezionasse, il concorso non sarebbe esaurito e il Podestò potrebbe nominare il secondo graduato.

116° *Dottor G. T.* — Le condizioni della nomina e del rapporto di impiego dei sanitari dipendenti dalle istituzioni pubbliche di beneficenza sono distinte da quelle stabilite dalla legge per i sanitari condotti. Per le istituzioni e, quindi, per gli ospedali, valgono le norme dei relativi statuti e dei regolamenti locali. Se è stabilito un limite di età, le cause di dispensa sono soltanto quelle previste dallo statuto o dal regolamento.

Il servizio prestato in condotta non è titolo di dispensa se diversamente non sia stabilito dalle norme locali.

117° *Dottor N. Z.* — Poichè il capitolato non stabilisce il luogo di residenza del medico, si deve ritenere che la sede sia presuntivamente quella che fu in fatto stabilita quando il medico condotto assunse servizio. Però, l'Amministrazione può aggiungere una disposizione al regolamento organico o al capitolato per stabilire, con l'approvazione della G. P. A. e del Prefetto, in relazione alle esigenze del servizio, il luogo di residenza. Astrattamente, è possibile che il titolare della condotta delle frazioni risieda nel capoluogo; ma il criterio di determinazione è concreto; deve riferirsi, cioè alle condizioni locali: anzitutto deve essere valutata anche in rapporto alla possibilità di una dimora idonea, considerati i legittimi interessi del titolare della condotta.

118° *Dottor D. S.* — Può liberamente esercitare la dentistica: essendo però medico condotto, non può allontanarsi dalla residenza senza autorizzazione. Può istituire un ambulatorio, ma deve chiedere autorizzazione al Prefetto, come per tutti i luoghi di cura.

Il brigadiere poteva sequestrare le cose che si riteneva fossero servite per commettere reato di esercizio abusivo della professione medico-chirurgica. La semplice detenzione non costituirebbe reato; se, però, è provato l'esercizio, il magistrato competente dovrà valutare non soltanto il fatto ma anche le circostanze di esso, al fine di accertare la responsabilità penale.

119° *Dottor E. F.* — L'ufficiale sanitario ha l'obbligo della vigilanza scolastica nel territorio del Comune. Non credo che gli sia dovuta indennità per questa prestazione normale. Così è anche per il controllo di disinfezione in luogo distante dal centro ma entro il territorio del Comune.

120° *Dottor M. B.* — Il servizio interinale, anche se seguito senza interruzione dalla nomina definitiva, non è valutabile agli effetti degli aumenti periodici, salvo che dal regolamento locale risulti espressamente la efficacia del servizio interinale per tale effetto.

121° *Dottor V. F.* — Il Podestà che abbia nominato il secondo graduato può revocare questa deliberazione prima che sia approvata dal Prefetto e nominare il primo. Il concorrente nominato con la prima deliberazione ha interesse giuridico di agire contro la revoca e la seconda nomina, e, quindi, può ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale. Se il ricorso fosse accolto, sarebbe annullata la deliberazione di revoca e la nomina del primo graduato, avendo effetto il primo atto concernente la nomina del secondo. Il termine per il ricorso è di giorni 60, e decorre dalla data della notificazione.

---

*N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.*

*Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini,* **sono gratuiti.**

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione. cons. leg. del nostro periodico.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Cronaca del movimento professionale.

**Per l'Opera Nazionale degli Orfani dei Medici in Perugia.**

Il prof. sen. Pende, presidente dell'Opera Nazionale di Assistenza per gli Orfani dei Medici in Perugia, ha diretto ai segretari dei Sindacati Nazionali delle Categorie Sanitarie, la seguente circolare:

« La V. S. non può ignorare quanto benefica sia questa unica Opera di Previdenza, esistente in Italia, per gli Orfani delle Categorie Sanitarie, che provvede a mantenere, educare ed istruire centinaia di orfani in condizioni di assoluto bisogno. Fino ad ora hanno sorretto questa Istituzione, che si rivela indispensabile, sopratutto in questo momento di grave crisi professionale nelle arti mediche, i contributi obbligatori di coloro che dipendono da pubbliche Amministrazioni. La grande maggioranza dei sanitari sono liberi esercenti, molti dei quali avrebbero pure interesse a questa forma di previdenza per i loro figli, ma ignorando quasi l'esistenza di questa Istituzione, non contribuiscono con L. 60 annue, come coloro che sono obbligati per Legge.

« La S. V. farà quindi opera altamente meritevole se vorrà diffondere a tutti gli iscritti al Suo Sindacato, la necessità morale, giustificata anche da personale interesse, di contribuire volontariamente all'incremento dell'Opera Pia, che ho l'onore di presiedere, cosa che permetterebbe di soddisfare a tutte le richieste numerose di aiuto da parte delle famiglie disagiate, molte delle quali non possono godere dell'assistenza per i loro orfani, precisamente perchè il sanitario non ha pensato in tempo a dare il suo piccolo contributo volontario annuale.

« Io mi auguro che aiuti ancora maggiori vengano a questa Opera Pia in forma di donazioni e di lasciti, da quei sanitari agevolati dalla fortuna, azione questa che sarebbe la espressione più pura e fattiva del concetto etico di solidarietà di tutti i lavoratori e di altruismo umano ».

La nobile circolare del sen. Pende sarà meditata da tutti i medici e l'invito accolto.

---

## CONCORSI.

**POSTI VACANTI.**

ABBIATEGRASSO (*Milano*). *Ospedale di Circolo « Costantino Cantù »*. — La chiusura del Concorso al posto di Direttore e di Medico Primario del predetto ospedale che doveva aver luogo al giorno 20 settembre 1934-XII, è prorogata alle ore diciotto del giorno trenta novembre del corrente anno, ferme restando le condizioni stabilite nel primo avviso di concorso. Per ulteriori informazioni e per ottenere copia del bando di Concorso e dei regolamenti, rivolgersi in Abbiategrasso all'Amministrazione dell'Opera Pia sumenzionata.

AGGIUS (*Sassari*). — Scad. 5 nov.; L. 8096 oltre L. 2200 cavalc., L. 880 arm. farm., L. 704 uff. san., già ridotte del 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50.

CIVIDALE DEL FRIULI (*Udine*). *Ospedale Civile « S. Maria dei Battuti »*. — Scad. 20 nov., ore 18; medico-primario del Reparto di Radiologia e Fisioterapia; età limite 40 a.; tassa L. 50,10; titoli; docum. a 3 mesi dal 20 sett.; stip. L. 6600, oltre L. 600 serv. att., c.-v., 4 quadrienni dec., provvigione 50 %; compenso da fissare per prestazione nel costruendo Padiglione sanatoriale.

GUARDIA PIEMONTESE TERME (*Cosenza*). — Scad. 20 ott.; per Acquappesa; L. 6000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 trasp.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

LUCCA. — La Presidenza dei RR. Spedali ed Ospizi, informa che il concorso bandito per: un posto di Medico Aiuto di medicina; un posto di Medico Aiuto di chirurgia; un posto di Medico Assistente di chirurgia; un posto di Levatrice assistente, nei predetti RR. Ospedali ed Ospizi, è stato prorogato a tutto il 31 corrente mese di ottobre 1934-XII. Gli interessati potranno rivolgersi direttamente alla Segreteria dell'Ente per ottenere il bando di concorso.

MESSINA. *Ospedale Civico « Piemonte » e Ospedale Consorziale « Regina Margherita »*. — Il Commissario Straordinario per le Opere Pie Ospedaliere, visto il bando di concorso 14 agosto 1934 per la nomina al posto di Direttore sanitario dei due Ospedali qui sopra menzionati; vista la deliberazione 29 agosto u. s., n. 184-bis/102-bis, debitamente approvata, con la quale, mentre si proroga il termine per la presentazione delle domande e documenti al 31 ottobre 1934, e stabilisce che a detto concorso possono anche partecipare i liberi docenti in Patologia Chirurgica, ferme restando tutte le altre condizioni, modalità e requisiti prescritti dal bando predetto, ha, in data 28 settembre u. s., reso noto e confermato che il termine utile per la presentazione delle istanze documentate per partecipare al Concorso è valido a tutto il 31 ottobre 1934 e che al concorso medesimo, oltre i liberi docenti in Igiene o Patologia Medica, possono prendere parte anche i laureati in medicina e chirurgia forniti della Libera docenza in Patologia Chirurgica. Tutte le altre condizioni, modalità e requisiti prescritti nel bando, restano immutate.

RHO (*Milano*). *Ospedale di Circolo « Monumento ai Caduti per la Patria »*. — Scad. 15 dic.; direttore-chirurgo primario; L. 20.000; compartecipazioni; ritenute di legge; età limite 50 a.; titoli.

ROMA *Governatorato*. — Scad. 5 nov., ore 12; vice-direttore dell'Ufficio d'igiene e sanità (gruppo A, grado III); titoli ed esami; non sono ammesse le donne. Chiedere condizioni. Rivolgersi al Protocollo della Ripartizione I, Campidoglio.

SAN GIOVANNI IN PERSICETO (*Bologna*). *Ospedale Civile*. — Al 31 ottobre, capo del Reparto Medico; L. 10.000; riduz. 6 %, titoli; età limite 40 a.; doc. a 3 mesi dal 26 ott.; il posto non comporta obbligo di residenza, ma solo di orario; serv. entro 15 gg. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

VICO NEL LAZIO (*Frosinone*). — Scad. 15 nov.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san., L. 1200 trasp.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Alla presidenza dell'Accademia Nazionale di Medicina del Brasile è stato eletto il prof. Antonio Austregesilo, che succede al compianto prof. Couto.

Il dott. Louis A. Buie, di Rochester, è nominato presidente della Società proctologica americana.

L'Università di Amburgo ha conferito una medaglia d'oro al dott. Guldmündur Hannesson, professore di clinica medica all'Università di Reykjavik (Islanda), benemerito della lotta contro la tubercolosi, promossa mediante il risanamento delle abitazioni.

Il prof. Francesco Cantani, di Napoli, in relazione all'attività scientifica svolta durante il Congresso francese di medicina a Tunisi, è stato insignito dell'onorificenza di commendatore del Nicham-Ifthikar.



## NOTIZIE DIVERSE.

### Inchiesta internazionale sui risultati della cura radiologica del cancro uterino.

In occasione del Congresso internazionale di radiologia (Zurigo, luglio 1934), l'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni ha convocato una Conferenza di Esperti per consultarli sugli ulteriori progressi dell'inchiesta internazionale sui risultati della cura del cancro uterino mediante le applicazioni di radio ed i raggi X. Tale inchiesta è stata intrapresa dal Comitato d'Igiene già da qualche anno.

Nel 1928, la Commissione del cancro dell'Organizzazione di igiene, in considerazione dell'importanza sempre crescente del radio nella cura delle affezioni maligne dell'utero, e in considerazione, d'altra parte, della varietà dei metodi di applicazione di questo metodo di cura, ha espresso il parere che la questione meritava di formare oggetto di uno studio di carattere internazionale. Il Comitato d'igiene ha condiviso queste idee ed affidato a due Esperti il compito di stabilire le basi dell'inchiesta. Essi hanno definito i vari stadî del cancro uterino, hanno fissato un modulo-tipo di scheda clinica individuale e stabilito il termine entro il quale ogni malata dovrebbe essere seguita per determinare i risultati della cura radiologica.

Varii Paesi hanno accettato di partecipare a tali studî, ed alcune cliniche hanno cominciato dal 1930 a tenere aggiornate le schede. Allo scopo di utilizzare nel miglior modo tali schede, si è ritenuto di poter determinare i metodi di analisi di tutti questi dati e la forma nella quale conveniva presentarli.

La Conferenza ha avuto per risultato la formulazione di raccomandazioni circa il modo con cui conviene studiare il materiale raccolto nei varii Paesi e nelle cliniche private. A partire dal 1936, verranno redatte delle tabelle statistiche contenenti informazioni sui risultati raggiunti mediante l'applicazione della radioterapia a malate colpite dal cancro uterino nei varii stadî. Converrà osservare alcune regole uniformi per la preparazione e la compilazione dei dati. È stata determinata una « percentuale di generazione », nonchè delle regole precise per utilizzarla.

Queste tabelle annuali dovranno costituire, per desiderio della Conferenza, una fonte utile di referenze per i radioterapeutici, le Amministrazioni sanitarie e il pubblico di tutti i Paesi. Esse mostreranno il numero delle malate che si sottopongono alla cura radiologica e gli effetti della radioterapia quando questi siano convenientemente valutati secondo regole uniformi.

### 41° Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Avrà luogo in Roma, contemporaneamente a quello della Società Italiana di Medicina, nei giorni 17-20 ottobre, nell'aula della R. Clinica Chirurgica. Temi di relazione: 1° « Le bronchiectasie » (tema in comune con la Società di Medicina: relatori i proff. A. Omodei-Zorini, R. Alessandri, F. Lasagna, A. Vallebona); 2° « Chirurgia del colon esclusi i tumori e l'appendicite » (relatore prof. L. Dominici). Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Congresso: R. Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I, Roma 127.

**25° Congresso della Società Italiana di Ortopedia.**

Si terrà a Roma nei giorni 15 e 16 ottobre. Tema di relazione: « Trattamento del piede torto congenito » (relatore prof. Carlo Marino-Zuco, di Roma). Presidente della Società è il prof. Luigi De Gaetano, direttore della Clinica Ortopedica di Napoli; segretario del Congresso il prof. Pasquale Del Torto (via Cesario Console 3, Napoli), al quale bisogna rivolgersi per ogni informazione.

**13° Congresso della Società Italiana di Urologia.**

Si svolgerà in Roma nei giorni 20 e 21 ottobre. Il tema di relazione è: « Studio della funzionalità renale nei riguardi della chirurgia urinaria »; relatori i proff. L. Migliardi di Torino e G. Pisani di Milano.

Le sedute si terranno nell'aula della R. Clinica Chirurgica al Policlinico Umberto I. Il titolo delle comunicazioni deve essere inviato al segretario della Società, dott. Alberto Oberholtzer, via Venezia 15, Roma 105.

**6° Convegno della Società Italiana di Anatomia.**

Nelle vacanze natalizie avrà luogo in Roma il 6° Convegno della Società Italiana di Anatomia. Saranno svolti i seguenti temi: prof. A. Busi, « L'anatomia radiologica della vena azygos »; prof. G. Cotronei, « Morfologia comparata, morfologia ecologica, morfologia sperimentale, indirizzi e problemi »; prof. R. Versari, « La morfogenesi dei più importanti vasi sanguiferi dell'occhio umano ».

Alla seduta inaugurale sarà presente il Segretario del Partito, S. E. Starace.

Per informazioni: prof. V. Virno, viale Regina Margherita 229, Roma 127.

**5° Congresso Italiano di medicina e igiene coloniali.**

Si è svolto a Napoli, inquadrato, come Sezione, nel 2° Congresso di studi coloniali.

Questo venne inaugurato, a sezioni riunite, il 1° ottobre; il giorno successivo ebbe luogo l'inaugurazione del Congresso di medicina e igiene coloniale, nel Palazzo dell'Università. Tenne il discorso inaugurale l'on. prof. N. Castellino.

Al Congresso, presieduto dal sen. A. Castellani, hanno partecipato studiosi venuti da ogni parte d'Italia e dalle Colonie.

A sezioni riunite il prof. F. Pullè trattò il tema « Il colpo di calore ». I temi di relazione concernettero: le cure fisiche e idrominerali, le blastomicosi, i parassiti intestinali, la patologia oculare, le febbri esantematiche, affidati rispettivamente ai proff. G. Castronuovo, sen. A. Castellani, G. Franchini, T. Sarnelli, M. Giordano. Ebbero anche luogo numerose comunicazioni.

Il discorso di congedo è stato pronunziato dal prof. G. Castronuovo. La solenne seduta di chiusura si è svolta alla Reggia di Caserta.

I congressisti hanno visitato l'Istituto Sieroterapico Nazionale.

**Società italiana di chirurgia riparatrice plastica ed estetica.**

Il 23 settembre, in una sala della R. Clinica Chirurgica di Roma, gentilmente concessa dal prof. Alessandri, si sono riuniti i soci fondatori della Società Italiana di Chirurgia Riparatrice Plastica ed Estetica. Invitato a presiedere l'assemblea, il prof. Manna, dopo aver comunicate le diverse adesioni di chirurgi e specialisti pervenute da parecchie parti d'Italia e dell'Estero, soffermandosi in special modo su quelle dei proff. Alessandri e Paolucci, riferisce sull'attività svolta a tutt'oggi per lo sviluppo della Società.

L'assemblea stabilisce di inquadrare la Società stessa nel Sindacato Medici, ed intrattenutasi sulle modalità e i criteri da seguire per la nomina dei soci onorari italiani ed esteri, mentre, dà incarico ai proff. Manna, Ghiron e Galassi di fare i nomi per le eventuali definitive proposte, decide ad unanimità la nomina, a primo socio onorario, di S. E. l'on. Paolucci, che sin dagli inizi ha dato il suo appoggio alla iniziativa. Viene approvato tra l'altro: l'istituzione di un diploma da rilasciarsi ai soci, e la fondazione di un periodico trimestrale.

L'assemblea, presa in esame l'epoca da fissare per il 1° Congresso Nazionale, decide che questo abbia luogo in Roma nella settimana di Pasqua 1935. Tema di relazione per detto Congresso è stabilito il seguente: « Storia e sviluppi della chirurgia plastica in Italia », relatore il prof. Manna.

Prima di addivenire alla nomina delle cariche sociali, l'assemblea ad unanimità propone di nominare il prof. Alessandri presidente onorario della Società, in considerazione della sua alta posizione scientifica e dell'appoggio morale dato.

Il Comitato esecutivo risulta poi così composto: presidente effettivo il prof. Manna, ideatore e fondatore della Società; vice presidenti i proff. Galassi e Giorgi; segretario generale il prof. Galeazzi; vice segretario cassiere il prof. De Filippo.

Infine su proposta del prof. Manna i presenti approvano che la data d'iscrizione a socio decorra dal 28 ottobre di ogni anno quale doveroso omaggio alla Marcia fatidica delle Camice Nere.

La sede sociale è per ora stabilita presso l'abitazione del presidente comm. prof. Manna, in Roma, via Nazionale 87.

**Opere sanitarie visitate e inaugurate dal Duce.**

Durante le trionfali giornate trascorse a Milano e nell'Alta Italia, il Duce ha visitato e inaugurato varie opere sanitarie.

Ha preso visione degli edifizi in costruzione per gl'istituti nosocomiali di Milano, i quali saranno tra i più grandiosi d'Europa. Si è fermato a lungo nell'Istituto di patologia medica, dedicato al nome di Ezio Granelli, considerato quanto si ha oggi di più perfetto.

Ha inaugurato i nuovi padiglioni dell'Ospedale Pediatrico di Lodi. Ha visitato il Policlinico di Sesto San Giovanni, retto da una Mutua, e l'Ospedale sanatoriale di Vialba, presso Magenta. Questa ultima visita ha assunto speciale significato, perchè richiesta insistentemente dai ricoverati, che desideravano esprimere la loro gratitudine al Duce, il quale ha promosso l'assistenza ai tubercolotici. Il Duce ha voluto rendersi conto dell'organizzazione e del funzionamento della grandiosa istituzione, che occupa 500.000 mq., di cui metà destinati ai 17 edifizi dell'Ospedale e l'altra metà ad un'azienda agricola e che in 4 anni ha accolto 7652 ammalati, potendone ospitare in permanenza un migliaio.

A Cremona il Duce ha visitato l'imponente sanatorio, a 2 Km. dalla città, capace di 250 malati; e a Novara il magnifico Ospedale Maggiore e il plastico del costruendo Sanatorio; ecc.

Ovunque Egli è stato accolto con vibrante entusiasmo.

**Soppressioni e trasformazioni di cattedre in Francia.**

Abbiamo già dato notizia di alcuni cambiamenti avvenuti nella Facoltà medica di Parigi.

Nella Facoltà medica di Nancy è stata soppressa la cattedra di fisica medica; in quella di Montpellier la cattedra di storia naturale e parassitologia. Nella Facoltà mista di medicina e farmacia di Lione lo sono state le cattedre di terapia e di patologia esterna (la terapia è stata aggregata alla patologia generale); in quella di Tolone scompaiono la medicina operatoria e la clinica ostetrica; in quella di Lilla la medicina operatoria e la farmacia, mentre la cattedra di materia medica e botanica prende il nome di farmacia galenica e botanica; nella Facoltà di Bordeaux si rinunzia, almeno temporaneamente, alla fisiologia, alla farmacia ed alla clinica chirurgica!

**Premi "Achille Sclavo,,.**

La Commissione nominata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, d'intesa con l'Istituto Opoterapico Nazionale di Pisa per l'esame dei titoli presentati dai concorrenti al premio « Achille Sclavo » dell'importo di lire 10.000 per lavori originali di endocrinologia, istituito dall'Istituto stesso sotto il patronato del Consiglio Nazionale delle Ricerche, ha chiuso i suoi lavori.

La Commissione presieduta dal prof. Cesare Frugoni e composta dai proff. Cesaris Demel, Ferrai, Galdi e Visco, esaminati i lavori presentati dai concorrenti, non avendo ritenuto alcuno di essi meritevole del primo premio di lire 8000, ha deliberato, d'intesa con l'Istituto Opoterapico di Pisa e con l'approvazione del Consiglio Nazionale delle Ricerche, di assegnare la suindicata somma a due borse annuali di lire 4000 ciascuna da conferirsi a due giovani medici meritevoli di compiere studi di endocrinologia nell'anno accademico 1934-1935, e le ha effettivamente conferite al dott. Felice Geriola di Genova e al dott. Renato Rubegni di Roma.

I due premi di incoraggiamento di lire 1000 ciascuno furono rispettivamente assegnati al lavoro presentato dal prof. Luigi Castaldi, unitamente alla dott.a Fanny Fontana Zanco e a quello del dott. Giuseppe Agosta.

**Un po' dovunque.**

A sede degli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo sono state scelte le RR. Università di Bologna, Cagliari, Catania, Firenze, Napoli, Palermo, Parma, Pavia, Perugia e Torino.

Dall'11 al 17 ottore, si tiene a Napoli la 23ª Riunione della Società Italiana per il Progresso delle Scienze, di cui la Classe B è destinata alle Scienze biologiche e comprende una Sezione di Fisiologia e Psicologia (la 3ª) ed una Sezione di Patologia (la 4ª).

Il 1° Congresso internazionale sulla colibacillosi si è adunato a Châtelgoyon, sotto la presidenza del prof. Carnot. All'inaugurazione, avvenuta il 25 settembre, erano presenti 600 congressisti.

Il 4° Congresso organizzato dalla Società francese di ginecologia avrà luogo dall'8 al 10 giugno 1935 (durante le feste della Pentecoste) a Salies-de-Béarn, sotto la presidenza onoraria di Doléris ed effettiva del prof. Guyot (di Bordeaux).

L'Accademia americana di oftalmologia e otolaringologia ha tenuto la sua 39ª riunione annuale a Chicago dal 9 al 14 settembre.

La Società tedesca dei roentgenologi e radiologi terrà la sua 12ª riunione il 3 e il 4 novembre a Praga. Rivolgersi al Doz. Walter Altschul, Vladislovova 17, Praha, Czecoslovacchia.

L'Associazione Argentina di biotipologia, eugenica e medicina sociale si è fatta promotrice di un 1° Congresso internazionale di cultura latina in America. L'inaugurazione ha luogo il 12 ottobre 1936 a Buenos Aires. Presidente onorario del congresso è il ministro argentino degli esteri e del culto, dott. Saavedra Lamas; il Comitato organizzatore è presieduto dal dott. Gonzalo Bosch Araña. (professor titolar de medicina operatoria, Facultad de Ciencias Médicas, Buenos Aires).

Si è tenuto a Milano, nei locali del Castello Sforzesco, un Congresso naturista, al quale ha partecipato un largo stuolo di medici di ogni parte d'Italia.

L'8° Congresso annuale del Reale Collegio Australasico dei Chirurgi si adunerà a Melbourne a partire dal 4 marzo 1935 e per la durata di una settimana. In tale occasione verrà inaugurata dal presidente del Reale Collegio dei Chirurgi dell'Inghilterra, Sir Holburt Waring, la sede propria del Collegio.

Si è chiuso a Salsomaggiore il corso di alta cultura medica, impartito da spiccate personalità della medicina italiana.

La Società medica dello Stato di New Jersey ha tenuto, ad Atlantic City, un'esposizione di lavori artistici originali di medici e di collezioni fatte da medici. Vi figuravano fotografie, quadri e sculture.

È stata celebrata a Roma, nella chiesa di San Marcello al Corso, una Messa solenne in suffragio dell'anima di Pietro Castellino. Vi assistevano molte spiccate personalità.

La 4ª Camera del Tribunale correzionale di Lione ha condannato a sei mesi di prigione ed al rimborso dei danni un farmacista il quale mandava in deposito una specialità e poi faceva spiccare delle tratte da una banca, per il valore della merce fornita, e le faceva scontare da un'altra banca, la quale rimaneva allo scoperto se — come generalmente accadeva — la merce non era stata esitata.

All'Accademia delle Scienze di Parigi il prof. C. Nicolle ha annunziato la scoperta di un nuovo e più efficace vaccino contro la febbre gialla, da parte del dott. Laigret dell'Istituto Pasteur di Tunisi.

---

*Corrigenda.* — Nel fasc. 38, p. 1503, articolo Dott. G. Conte di San Bellino, « *Appendicite tifosa: le tonsille nella patogenesi dell'appendicite* », 2ª col., l. 38 e ss. leggere: « questo sintomo può riuscire di grande utilità per formulare una diagnosi precoce, non tanto a me, che ho la possibilità e comodità di ricorrere alla Widal presso il bene attrezzato Istituto micrografico Provinciale, quanto per altri medici pratici, che si trovano in condotte disagiate, lontane dai centri ».

## GIACOMO FILIPPO NOVARO

Un'altra grande figura della chirurgia italiana, fra quelle che nella generazione passata gettarono una luce che varcò anche i nostri confini e tenne alto il nostro buon nome fra i cultori di queste discipline, è scomparsa. Giacomo Filippo Novaro che, trovatosi al periodo eroico della chirurgia, quando le nuove conoscenze della dottrina delle infezioni e della fisiopatologia degli organi e dei tessuti permisero mirabili ardimenti operativi, seguì fra i primi queste nuove vie ottenendo risultati non inferiori agli ottimi dei chirurgi stranieri.

Nato nel 1843 da modesta famiglia a Diano Serreta, provincia di Porto Maurizio (ora Imperia), conseguì la laurea di medicina e chirurgia a Torino nel 1868. Fu settore di anatomia patologica a Torino, poi medico municipale a Moncalieri; ma fattosi notare per il valore dei suoi studii e le sue attitudini chirurgiche fu ben presto alla Clinica Chirurgica di Torino dove nel 1875 divenne aiuto. Nel 1881 fu primario chirurgo dell'Ospedale di S. Giovanni, nel 1885 direttore dell'Istituto di Clinica Chirurgica di Siena, nel 1890 clinico nell'Ateneo Bolognese. Ma l'amore alla patria terra lo richiamava ai lidi della Liguria: cosicchè nel 1898 fattasi vacante la cattedra di Clinica Chirurgica di Genova per la morte del prof. Azzio Caselli, accettò l'invito della Facoltà e si trasferì a Genova dove rimase fino al compimento del 75° anno di età.

Fu socio delle principali Accademie italiane e di molte estere, dal 1908 Senatore del Regno.

Fra le sue pubblicazioni sono da ricordare quelle su la laringectomia, sull'isterectomia per cancro, sull'operazione per fistola vescico-vaginale, sul trapianto degli ureteri nel retto, o per via transperitoneale nella vescica, sulla plastica cutanea dell'esofago, sulla colecistostomia per angiocolite, la cecostomia per la cura delle coliti, su una via transternale per aggredire il mediastino, sull'asportazione di tumori encefalici, sull'amputazione del retto, resezione del tenue, exeresi dei mascellari per via endoorale, ecc.

Dai suoi scritti, interessanti più che per il numero, per il valore del contenuto, emerge un intento più clinico e pratico che teorico o sperimentale, una ricerca volta al ritrovamento di nuovi procedimenti operatori o ad affinare quelle esistenti, piuttosto speculazioni astratte o ricerche di laboratorio.

Perchè la sua vita e la sua battaglia furono la corsia clinica e soprattutto la sala operatoria da cui partirono i tentativi o i suggerimenti ad operazioni ardite fra cui si può ricordare (come quelle che nei primi anni della sua carriera valsero a procacciargli solida fama): la laringectomia, l'isterectomia allargata per cancro dell'utero (di cui fu poi attribuita la paternità al Wertheim), la terapia della fistola vescico-vaginale o utero-vescico-vaginale e molte altre ancora che si possono leggere nei suoi scritti. Nella clinica Egli formava pure numerosi e valentissimi discepoli (fra i più illustri valga il nome del sen. Giordano, dei proff. Lusena, Segale, Moro ed altri), dando continuo esempio non solo col suo grande ingegno e perizia, ma con la sua illuminata bontà, con la sua generosità verso i poveri e i sofferenti, colla sua dedizione alla scienza e al dovere.

Questa elevatezza morale valse a circondarlo dell'affettuoso rispetto e della venerazione dei discepoli e del popolo dovunque Egli fosse, a Bologna, a Genova, a Diano Marina dove Egli si è spento nel settembre di quest'anno e dove i funerali costituirono un tributo solenne di affetto dell'accorata popolazione.

Come giudicò uno scienziato di grande intelletto, Battista Grassi, si può dire del Novaro che Egli era interamente padrone dei progressi della scienza ed aveva saputo temperare l'audacia operatrice con la serenità delle indicazioni desunte dalla patologia e poteva ben definirsi un chirurgo completo.

V. Ghiron.

---

Il dott. Auguste Marie è stato uno psichiatra di grande valore (ricorre alla memoria un suo omonimo, Pierre Marie).

Egli ha prestato la sua opera negli asili per alienati di Villejuif e poi di Saint'Anne; ha diretto il laboratorio di psicologia patologica alla « Ecole des Hautes-Etudes »; ha diretto la « Revue de Neurologie ». Con Levaditi ha introdotto nella scienza la nozione di virus sifilitico neurotropo. Ha applicato largamente la malarizzazione nella cura della paralisi generale.

Gli fu affidata la direzione del grande « Traité international de Psychiatrie »; ha pubblicato vari libri, tra cui uno sulla psico-analisi, uno sull'arte degli alienati ed una ricca serie di monografie.

Si è occupato attivamente delle opere sociali aventi attinenza con le malattie mentali. Era anche un uomo semplice e buono.

A. P.

---

È morto ad Halle in età di 66 anni il dott. Hugo Winternitz, professore onorario di medicina interna; ha compiuto studi apprezzati d'idroterapia e sul ricambio.

---

## RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Riv. San. Sicil.*, 15 lug. — S DELONARDI. Poliglobulia vera con ipotensione arteriosa.

*Klin. Woch.*, 28 lug. — OLIGMACHER. Reazione della gravidanza secondo Kapeller-Adler. — B. v. BONSEORFF. Epatoterapia nella granulocitopenia.

*Rinasc. Med.*, 31 lug. — F. PROCHNOW. Sieroterapia delle peritoniti post-appendicolari. — A. G. CHIARIELLO. Cura delle fistole con iniezioni sclerosanti.

*Minerva Med.*, 28 lug. — G. MACCHIORO. Febbricole e funzione tiroidea.

*Pathologica*, 15 lug. — C. CASSANO. La ghiandola linfatica nel ruematismo art. ac. — C. FITTIPALDI. Cancro e tbc. del polmone.

*Presse Méd.*, 28 lug. — A. LUMIÈRE. La tbc. è realmente contagiosa?

*Quarterly Journ. of Med.*, lug. — W. D. W. BROOKS. Calcinosi. — T. K. MACLACHLAN. Trattam. dell'atrofia muscol. progr. con glicina. — J. MAXWELL. Ascessi polmonari.

*Practitioner*, ag. — Numero semi-monografico sull'attività fisica.

*Croce Rossa*, giu. — M. MAZZETTI e al. Pneumotoraci. — E. MOSNA. La chinoplasmina nella profilassi della malaria.

*Arch. Ital. di Chir.*, giu. — C. CARLI. Torsione del funicolo spermatico. — D. FIESCHI. Cura della fistola anale.

*Mediz. Klinik*, 3 ag. — H. v. METTENHEIM. Tbc. polm. e ricambio idrocarbonato nell'infanzia. — Inchiesta sull'ormonoterapia in ginecologia.

*Münch. Med. Woch.*, 3 ag. — Numero in ricordo della guerra.

*Brit. Med. Journ.*, 4 ag. — J. S. FAIRBAIM e al. Cure antenatali.

*Presse Méd.*, 4 ag. — G. DELORE. Miglioramenti spontanei della tbc. polm.

*Pediatria*, 1 ag. — L. AURICCHIO e A. CHIEPPI. Nuova siero-reaz. di leishmaniosi infantile.

*Arch. It. di Dermat. ecc.*, giu. — M. MONACELLI. Istopatologia della leishmaniosi cutanea. — R. CASAZZA e G. B. COTTINI. Artropatie sifilitiche.

*Bull. Trimestriel de l'Org. d'Hyg.*, giu. — A. ILVENTO. Il risanam. delle Paludi Pontine. — M. D. MACKENZIE. Lo sviluppo degli ospedali generali in Inghilterra. — H. S. CUMMING. I lavori d'igiene pubblica nella lotta contro la disoccupazione negli Stati Uniti.

*Arch. App. Digestij ecc.*, lug. — M. PEYSER. I problemi dell' alimentazione terapeutica e la scienza.

*Revue Méd.-Chir. Mal. des Foie ecc.*, lug.-ag. — PARTURIER, G. BERCETON. Sindromi epato-ovariche; sindromi epato-endocrine. — J. LANER. L'efedrina in terapia sovratutto negli stati di shock degli epato-biliari.

*Journal A. M. A.*, 21 lug. — C. T. STONE. La mortalità da cardiopatie. — J. E. BENJAMIN e J. B. BIEDERMAN. Leucopenia agranulocitica trattata con i raggi X.

*Mediz. Well*, 4 ag. — H. TAMMANN. Elettrochirurgia. — F. MARCHAUD. Trattam. delle infiammazioni polmonari.

*Riforma Med.*, 21 lug. — G. LAMI. Classificaz. fisiologico-clinica delle dispnee. — A. VERSARI. Reazione rapida Cantani (R. R. C.) nella sifilide.

*Minerva Med.*, 4 ag. — Numero di neuropsichiatria.

*Ann. di Ost. e Gin.*, 31 lug. — F. COLLORIDI. La donna media lombarda. — G. VALLE. Pressione venosa.

*Ann. Inst. Pasteur*, ag. — ED. SERGENT e al. Un tipo di malattia a premunizione: la malaria dei passeracei da « Plasmodium relictum ». — W. SARMOWIEC. Reazioni allergiche crociate da tbc. e brucellosi.

*Morgagni*, 29 lug. — F. BOTTAZZI. Critica della zolfoterapia. — 5 ag. F. BENLE e V. PICASSO. Azione biologica delle onde ultra-corte.

## Indice alfabetico per materie.





A. Pozzi, resp

ANNO XLI Roma, 22 Ottobre 1934 - XII Num. 42

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



# LEZIONI

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Prof. C. FRUGONI, direttore.

## Caso di periviscerite.(*)

Lezione raccolta dal Dott. MOLINARI-TOSATTI.

Vi presento un'ammalata di 35 anni, da Roma. Nell'anamnesi famigliare niente vi è di notevole: i genitori sono sani; la madre ebbe otto gravidanze a termine, nessuna abortiva. Nell'anamnesi fisiologica tutto è normale, tranne la funzione mestruale, che incominciò a 16 anni e seguì regolare fino a 28, nella quale epoca comparvero i primi disturbi, caratterizzati da mestruazioni frequenti più che di norma, prolungate, con flusso abbondante, e tutto questo fino ad un intervento operatorio, di cui verrà detto in seguito, e che le regolarizzò. Del resto null'altro vi è da segnalare. Ha sempre abitato case sane ed ha avuto abitudini di vita correttissime.

L'anamnesi patologica registra a 4 anni pertosse, a 5 morbillo e successivamente una cheratite flittenulare bilaterale, dalla quale sono residuate le nubecole corneali tuttora visibili. A 15 anni ebbe pleurite secca sinistra, che durò un paio di mesi con febbre modica, tosse e dolori di notevole intensità all'emitorace ammalato, e in seguito, a 17 anni, ricaduta pure di pleurite secca, ancora localizzata a sinistra, che decorse con sintomatologia modesta e che dopo due mesi passò senza lasciare esiti riconoscibili. L'anamnesi remota, che si confonde con la prossima, perchè tuttora durano i disturbi che allora ebbero inizio, registra a 25 anni l'insorgenza di coliche, che furono definite epatiche e che si manifestavano improvvisamente e per così dire ingiustificate, senza rapporto alcuno cioè con errori dietetici o cause occasionali di sorta. Tali coliche consistevano — e consistono — in attacchi dolorosi violenti, prevalentemente notturni, in corrispondenza della regione ipocondriaca destra, con diffusione laterale e posteriore e con irradiazione netta, tipica alla spalla omolaterale; spesso accompagnandosi a vomito, raramente alimentare, abitualmente acquoso, bianco-verdastro. Se vi era febbre, questa insorgeva con brivido; le orine si facevano scure e tali rimanevano per due-tre giorni. Mai in occasione di tali attacchi fu constatata vera itterizia, mai prurito; in pochi giorni tutto era passato. Accanto a ciò sono insorti disturbi dispeptici più o meno intensi e durevoli, ma senza segni netti di ipercloridria, con alternative di stipsi e di diarrea, qualche volta di tipo post-prandiale. Si arriva così, con questa variabile sintomatologia, dopo due anni circa dall'inizio dei disturbi ora se-

(*) Lezione clinica tenuta in Roma nell'anno 1934.

gnalati, ad un episodio doloroso a sede epigastrica, insorto bruscamente dopo un pasto non particolarmente abbondante e che si accompagnò ad ematemesi, in quanto la paziente col vomito emise circa mezzo bicchiere di sangue liquido scuro. Fattasi visitare, la paziente ricevette diagnosi di ulcera gastrica e cure medicamentose inerenti per la durata di dieci mesi, durante i quali però fu sempre, più o meno, tormentata dalla stessa sintomatologia. Le sofferenze, consistenti principalmente in un dolore sordo all'epigastrio, si manifestavano senza rapporto diretto con l'assunzione di cibi, così come il vomito, che pure talvolta, ma raramente, insorgeva, era indipendente dai pasti. Ciò non ostante la diagnosi di ulcera gastrica fu mantenuta e la paziente subì allora, a 27 anni, un primo intervento operatorio, sulla natura e portata del quale nulla assolutamente sa dirci e che fu probabilmente solo esplorativo, dato che non troviamo radiologicamente segno alcuno, che indichi eseguita una gastro-entero-anastomosi o una resezione gastrica. Dopo l'operazione il dolore all'epigastrio prima lamentato s'attenuò fino a quasi sparire, ma continuarono sempre le digestioni laboriose con senso di peso dopo i pasti e i disturbi intestinali caratterizzati, come per il passato, da stitichezza di tipo spastico, alternata a brevi periodi di diarrea, spesso post-prandiale. E gli attacchi a tipo di colica epatica, coi caratteri prima descritti e sempre così uguali da essere sovrapponibili gli uni agli altri, continuarono con la stessa frequenza, e cioè a distanza di mesi. A 28 anni sopraggiungevano i già accennati disturbi mestruali, ai quali ben presto si accompagnavano una febbricola irregolare, non strettamente legata ai periodi mestruali, dimagrimento e notevole astenia, tanto da obbligare l'ammalata a tralasciare il suo lavoro di sarta. Frattanto, a 31 anni, ammalava di febbre tifoidea, che decorse con iperpiressia e delirio, ma senza complicazioni di qualche importanza; è però interessante notare che verso la fine della malattia la paziente presentò una tipica, violenta colica epatica. Durante la convalescenza le coliche non si ripeterono e solo perduravano i disturbi mestruali, talora accompagnati da febbricola. Nel complesso tuttavia il periodo della convalescenza segnava un notevole miglioramento delle condizioni generali della malata. Ma in capo a due mesi le coliche di tipo epatico si ripresentavano e con maggiore frequenza, si accentuavano i disturbi mestruali con menorragie di notevole entità; la febbricola si faceva continua e la paziente era indotta in tale stato di spossatezza da esser costretta a letto per un periodo di 5 mesi circa. Esaminata da un ginecologo, venne sottoposta ad intervento laparatomico per annessite dichiarata specifica; onde fu praticata annessiectomia con ovariectomia sinistra, e l'operazione valse in breve tempo a regolarizzare i periodi ed a restituire un po' delle forze perdute; il restante della sintomatologia continuò invariato. E due anni or sono, perdurando le coliche sempre più violente, giudicate epatiche, talvolta accompagnate da febbre molto elevata, persistendo anche al di fuori degli accessi un dolore continuo, sordo all'ipocondrio destro, veniva praticato un nuovo e terzo intervento chirurgico: scoperta la cistifellea, questa fu trovata priva di calcoli, infiammata, retratta per aderenze, e venne asportata. Dopo un violento e breve episodio diarroico nell'immediato periodo post-operatorio, l'ammalata sembrò rimettersi, quando una nuova colica violentissima, con febbre elevata e con gli stessi caratteri delle precedenti, si presentava, e d'allora le coliche si sono succedute da prima con ritmo molto frequente, quasi subentranti, poi di mano in mano più distanziate, ogni due-tre mesi, con febbre negli intervalli modica e irregolare e con quel corteo di disturbi dispeptici ed intestinali, che già abbiamo descritto.

In questi ultimi mesi infine la paziente ha osservato un edema alla regione alta della coscia sinistra e contemporaneamente ha notato il tumefarsi di grosse masse nodulari, a sede sottocutanea, nella regione glutea omolaterale, ricoperte da cute arrossata, violacea, calda, ispessita, con dolore spontaneo e alla pressione, limitazione funzionale di un certo grado e febbre abbastanza elevata. Tale sintomatologia con caratteri di acuzie dopo una diecina di giorni scomparve senza lasciare quasi tracce, ma si ripresentò in quest'ultimo scorcio di tempo più di una volta, ricorrentemente, con gli stessi caratteri.

Ma prima di finire con la parte anamnestica ancora un fatto va registrato, per le sofferenze epigastriche indubbiamente importante, e cioè che, mentre le coliche di tipo epatico non esplodono abitualmente che nottetempo e a più o meno lunghi intervalli, la dolenzia epigastrica è invece più abituale e insorge e si accentua in posizione eretta.

All'esame obbiettivo l'ammalata, benchè da anni così tormentata, ancor si presenta, come vedete, in discrete condizioni generali; appartiene alla seconda combinazione morfologica di De Giovanni; ha aspetto non sofferente; la cute è modicamente pallida e così le mucose visibili. Abitualmente è febbricitante, la febbre in questi ultimi tempi talora riacutizzandosi, come prima dicevamo, in coincidenza col risvegliarsi delle lesioni sottocutanee, di cui fu parola. L'esame dell'apparato linfoghiandolare permette di riconoscere qualche linfoghiandola leggermente tumefatta nelle regioni inguinali, specialmente a sinistra. Il pannicolo adiposo, le masse muscolari, lo scheletro, il sistema pilifero, il respiro sono normali. Il polso è piuttosto piccolo, ritmico, uguale, un po' ipoteso, di frequenza un poco aumentata (80-90). La pressione arteriosa al Riva-Rocci è 75/125.

Mi atterrò nella successiva esposizione dell'esame obbiettivo ai soli dati positivi, sorvolando sui particolari che non ci interessano direttamente. L'esame speciale del capo poco ci dice: la cornea destra presenta delle nubecole; nella bocca gli incisivi inferiori sono avvolti da un orletto gengivale arrossato, da cui geme pus al pigiamento della gengiva. Il faringe è modicamente arrossato. Al collo nulla di patologico, neanche all'esame della tiroide. Il torace è regolare: al cuore nulla v'è di anormale e l'apparato respiratorio, nonostante la storia di passate affezioni pleuriche recidivate, presenta oggi un'obbiettività, praticamente parlando, negativa, se si eccettua che alla sopraspinata di sinistra si ascoltano sfregamenti pleurici. Anche all'addome del resto, che pure fu terreno di tanti disturbi ed interventi, l'obbiettività è quanto mai scarsa. Osserviamo solo tre grosse cicatrici: una epigastrica — primo intervento che doveva aggredire la supposta ulcera gastrica —, l'altra laterale destra, che corrisponde alla colecistectomia, e una terza, fortemente cheloidea, mediana sotto-ombelicale, che corrisponde all'intervento ginecologico. La palpazione permette di rilevare soltanto una

dolenzia diffusa a carico dell'emiaddome destro e, se la mano esploratrice si affonda un po' nella regione ciecale, la paziente soffre, sempre meno però di quanto soffre spontaneamente. Fegato e milza sono normali; il pigiamento lungo il bordo epatico è leggermente dolente. Non si apprezzano in tutto l'ambito addominale masse abnormi, nè resistenze patologiche, nè punti di particolare sensibilità; non contratture della parete o spasmi a carico dell'intestino. Questo è tutto. Anche le regioni renali e l'esplorazione del rachide sono indifferenti. In corrispondenza della regione glutea sinistra si apprezza qualche nodulo profondo, della grandezza media da una nocciola ad una noce, duro, dolente alla pressione e coperto in questo momento da cute normale, forse solo un po' pigmentata. Agli arti nulla v'è di notevole; i riflessi sono normali.

Esami collaterali: nelle orine niente di patologico; all'esame emocromocitometrico: modica anemia (Hb. 65, Gl. r. 3.800.000, V. gl. 0,85; Gl. rossi per forma e grandezza normali, Gl. bianchi 7800. Formula: Pol. neutr. 80, Eos. 1, Bas. 0, Monoc. 1, Linf. 18); cutireazione alla tubercolina intensamente positiva; reazioni di Wassermann, di Meinicke e di Kahn sul siero di sangue negative. All'esame specialistico della gola e del naso, piccole varici alla base della lingua, non tali da giustificare l'emissione di sangue dalla bocca, deposta nella storia. Vi è piorrea alveolare. Il sondaggio gastrico a digiuno, mediante sondino di Einhorn, ha dato: quantità estratta cc. 30, HCl libero 0,58 per mille, acidità totale 1,09 per mille e non dati patologici. Il pasto di prova e il sondaggio duodenale non si poterono eseguire per intolleranza da parte dell'ammalata. Esame delle feci: dopo tre giorni di dieta acarnea, Weber negativo; nulla di importante all'esame microscopico, non parassiti.

I reperti radiologici sono i seguenti:

Apparato digerente: transito esofageo normale; stomaco allungato, non eccessivamente, con pliche regolari (a piccolo riempimento), quasi completamente sinistro-posto, ipotonico, con peristalsi meno pronunciata che di norma. Spostabilità buona alla regione mesogastrica, meno ampia della norma nella regione antrale. Non deformazioni riferibili ad atti operativi pregressi. Contorni gastrici regolari in ogni proiezione e posizione, salvo che sulla grande curvatura dell'antro, dove, in posizione eretta e specialmente durante alcuni momenti del periodo peristaltico, si osserva una frastagliatura irregolare che subito scompare col sopraggiungere dell'onda peristaltica. La peristalsi è evidente, ad onde profonde ed ininterrotte fino alla regione del piloro. Il piloro — sempre in posizione eretta — è orizzontale e posto in luogo più declive della piccola curvatura dell'antro; ne consegue che spesso si osserva nell'antro una seconda bolla d'aria con il suo livello liquido. Lo svuotamento gastrico è un po' ritardato, ma si mantiene sempre entro i limiti fisiologici. Bulbo duodenale piccolo, irregolare, spinoso e a direzione orizzontale in posizione eretta, d'aspetto normale e a direzione obliqua in alto e all'esterno in posizione prona. La seconda porzione del duodeno è stirata e attratta a destra. Scoliosi di essa con leggera stasi ed ectasia in corrispondenza dell'impianto del mesocolon trasverso; angolo inferiore, terza posizione, angolo del Treitz normali. Le anse del digiuno non mostrano alterazioni di forma, d'aspetto, di decorso. Le anse ultime del tenue, vicine alla terminale, si osservano tutte ravvicinate alla regione ciecale e poco dissociabili le une dalle altre. Il cieco è basso, ipotonico, poco spostabile coi cambiamenti di posizione, a contorno interno poco regolare. Appendice fissa col suo apice, a direzione obliqua in alto e medialmente, a forma clavata, dolente alla pressione. Ascendente bene austrato; non soverchi spasmi alla regione degli sfinteri cieco-colici; l'angolo colico destro, attratto in alto e all'interno, poco mobile, si trova sulla stessa proiezione della porzione ectasica della seconda voluta del duodeno, in corrispondenza del tratto scoliotico. Trasverso bolloso, marezzato, in alcuni momenti spastico, il più spesso ad austre irregolari. Con gli stessi caratteri si presenta il discendente. L'indagine radiologica quindi mette in evidenza: deformazioni di tipo estrinseco della regione antro-pilorica, del bulbo, della seconda porzione del duodeno; attrazione delle ultime anse dell'ileo al cieco, che è meno mobile del normale; fatti di flogosi appendicolare cronica; fatti di natura estrinseca a carico dell'angolo colico destro.

Apparato respiratorio: apice sinistro leggermente velato; nessuna alterazione del disegno polmonare; qualche immagine di linfo-ghiandole ingrossate agli ili; scoliosi dorsale alta destro-convessa.

Tali sono storia ed obbiettività della nostra ammalata, la cui diagnosi è nel complesso chiara, specialmente per voi che avete sentito da me illustrato in una lezione dell'anno scorso un caso che ha con questo molte analogie.

Nessun dubbio che nella nostra paziente un fondo specifico vi sia. Ha avuto due così dette pleuriti secche alte e noi sappiamo che, quando viene affermata pleurite secca apicale, si tratta per lo più di una pleurite secondaria, eco superficiale, sintomatica di quanto in profondità si svolge: cortico-pleurite. Anche la cheratite flittenulare parla nel senso di terreno linfatico, e nello stesso quadro rientrano le passate febbricole, il reperto radiografico di un'adenopatia ilare e di un apice velato, la pregressa annessite, operata e dichiarata specifica, la intensissima cutireazione. Ma il problema clinico è di precisare se forma specifica è o no ancora in atto, e di tal natura e grado da potere essere di per sè responsabile di così lunga e complicata storia di sofferenze.

Al primo quesito, che ci si presenta, se la nostra paziente ha o no avuto delle vere coliche epatiche, deve rispondersi, in base alla storia e al modo di presentarsi delle coliche stesse, positivamente; ma è da chiedersi se da calcolosi o no, perchè colica epatica non è affatto sinonimo di calcolosi. Qui intanto mai una sol volta con tanti attacchi dolorosi si è avuto ittero a documentare fuoriuscita e arresto di calcoli nel coledoco durante la loro trasmigrazione dolorosa; benchè sia superfluo ricordare che talora ad una colica alitiasica o, se da calcolosi, senza mobilitazione di calcoli può seguire ittero unicamente per riaccensione del processo infettivo e sua propagazione dalla colecisti alle grosse

vie biliari (coledocite e colangite secondarie con epatite) o per prolungato spasmo dello sfintere di Oddi ecc. D'altra parte le moltissime volte si danno ripetute coliche epatiche da calcolosi, che possono dirsi inani, e senza ittero, in quanto che alla crisi dolorosa non corrisponde mobilizzazione ed eventuale impegno del calcolo nei dotti biliari, da cui l'ittero post-colica in genere, non sempre, dipende. Specie se trattasi di un grosso calcolo unico o di calcoli voluminosi, il calcolo mai arriva ad impegnarsi e nemmeno ad affacciarsi al cistico, nè può quindi procedere, e così si hanno talora quelle serie di coliche da calcolosi, senza impegno di calcolo e senza ittero da ritenzione, che costituiscono una delle più nette indicazioni chirurgiche: e tanto più se le coliche sono frequenti o gravi e il calcolo o i calcoli voluminosi. D'altra parte — dicevo — coliche, e le più classiche, si possono dare indipendentemente dalla presenza constatabile di calcoli, non perchè nel frattempo questi siano fuoriusciti, come talora avviene, ma anche se mai vi sono stati. Possono ben bastare per dare la più tipica colica epatica una colecistite o una coledocite o uno spasmo dello sfintere dell'Oddi o, meglio ancora, una crisi di colecistostasi acuta, per esempio da torsione o inginocchiamento del cistico in colecisti pendula e atonica, come nei longilineotipi viscero-ptosici io ho frequentemente osservato, e di cui Donati e Muscatello hanno così bene scritto. Nel caso nostro pertanto, dopo l'intervento operativo, che non ha messo in evidenza nè calcoli nè segni di calcolosi pregressa e che non ha troncato il succedersi delle coliche, possiamo ben dire che il determinismo degli attacchi dolorosi sofferti non risale a litiasi epatica.

Tuttavia, se pure non da calcolosi, accessi dolorosi, da doversi clinicamente interpretare e definire come coliche epatiche, vi sono stati e vi sono. Quando diciamo, come nella nostra ammalata, attacchi dolorosi intercorrenti, localizzati all'ipocondrio destro, con tipiche irradiazioni lateralmente e dietro, alla base destra e alla spalla destra, insorgenti prevalentemente di notte, con febbre, brivido, orine scure e vomito talora verdastro, in soggetto con disturbi dispeptici e diarrea post-prandiale e che per di più ha sofferto di tifo, abbiamo enumerato, per così dire, tutti i crismi ufficiali che si richiedono per parlare di coliche epatiche. Qui intanto possiamo affermare la pregressa colecistite con pericolecistite, e non presuntivamente, ma dimostratamente, bastando a tal proposito il reperto di una colecisti raggrinzata, trovato all'atto operativo, a documentare la flogosi pregressa. Ma va tenuto presente che la causa della colecistite non è sempre nelle vie biliari; secondo Paolucci, ad esempio — per dire delle opinioni estreme — nella grande maggioranza delle colecistiti in genere e nella totalità delle colecistiti alitiasiche l'infezione alla colecisti arriverebbe per altra via — appendicite — di cui più avanti diremo, e si tratterebbe di pericolecistite prima e più che di intrinseca colecistite.

Non coliche da calcolosi quindi, nè probabilmente solo da colecistite, dato che le coliche anche dopo l'intervento di colecistectomia sono egualmente continuate e con gli stessi caratteri. Ancor più dubbio è che la sintomatologia dolorosa epigastrica della nostra ammalata sia dovuta ad un'ulcera gastrica pregressa, come fu affermato: l'ammalata ha avuto dolori scarsi e più subordinati a condizioni meccaniche, come da posizione verticale, che digestive, ed è mancata una spiccata sintomatologia ipercloridrica, nè il ritmo del dolore fu quale nell'ulcera gastrica abitualmente si dà, nè se ne hanno immagini radiologiche corrispondenti. Ha avuto, è vero, una volta emissione di sangue con vomito, del quale abbiamo cercato, ma senza frutto, se una causa gutturale fosse in gioco: vera ematemesi quindi e non pseudo-ematemesi. Il radiologo pose allora diagnosi di ulcera gastrica in base ad elementi che a noi ora non è dato conoscere; ma il chirurgo, aperto l'addome ed esploratolo, nulla — sembra — trovò, e nessun intervento praticò. E se noi qui dovremo finire per ammettere una affezione flogistica cronica del crocicchio sottoepatico (che darebbe anche ragione della sindrome epatica), potrebbe esser giustificato l'ammettere che un'ematemesi si sia determinata in via meccanica, attraverso un'alterazione distrettuale del circolo viscerale; interpretazione che troverebbe appoggio nell'opinione di molti AA., che hanno segnalato ematemesi e melene nella storia di pazienti affetti da periviscerite digestive senza ulcera, particolarmente in casi di periduodenite da colecistite senza ulcera; reperti controllati radiologicamente ed operativamente. Tuttavia non può mai con certezza escludersi che un'ulcera vi sia stata e sia poi guarita: esistono ulcere mucose, superficiali, che possono guarire e scomparire. Nel caso nostro però all'intervento laparatomico sullo stomaco nulla fu fatto, o almeno nulla appare sia stato fatto e per le informazioni della paziente e dai reperti radiologici attuali; e questo certamente perchè il chirurgo trovò negatività assoluta di lesioni morbose a carico del viscere aggredito, sì da essersi limitato verosimilmente o ad un semplice intervento esploratore o ad una viscerolisi. Vedremo, parlando della cura della sindrome morbosa da cui giudicheremo affetta la nostra paziente, che in tal genere d'affezioni simili interventi possono talora riuscire del tutto inefficaci. Qui intanto è certo che anche dopo il secondo intervento permasero le stesse sofferenze e che anche dopo il terzo le coliche ugualmente si ripeterono, e si ripetono tuttora. D'altra parte all'ammissione nel nostro caso di un processo di colecistite anche portava il dato anamnestico che vi fu (benchè a sintomatologia già da tempo delineata) una grave

infezione tifoidea, alla quale succedette una tipica colica epatica, sì da far supporre la riaccensione del processo colecistitico per opera dell'infezione tifoidea, come spesso avviene; del che io mi sono a lungo altrove intrattenuto (1).

Il terreno nella nostra ammalata è, dicevamo, specifico; onde è a chiedersi se tutta o gran parte della sindrome addominale possa essere ricondotta a causa e a lesioni specifiche. Ma non pare esservi stato in questo senso alcun riscontro probativo operatorio; d'altra parte, nonostante tutto, l'ammalata è tuttora in buone condizioni generali, essendo mancata ogni progressività della sindrome; e la febbricola, che da tempo, sebbene irregolarmente, perdura, probabilmente ha, nelle sue periodiche riaccensioni almeno, altra eziologia (elaiopatia cronica a ricorrenti flogosi, come più avanti meglio specificherò). Se da tanti anni la paziente fosse affetta da peritonite specifica cronica, o masse si sarebbero ordite e organizzate in profondità o adenopatie sarebbero emerse o si sarebbe costituita della caseosi o processi di mesenterite si sarebbero manifestati o processi di calcificazione o altri fatti ed esiti riconducibili alla eziologia tubercolare e riconoscibili come tali, come lo fu la pregressa annessite giudicata specifica ed operata. Comunque il terreno è qui certo specificamente impregnato, e forse il fattore specifico ha influito predisponendo a questi processi e reazioni, che specifici non sono. Con ogni probabilità, e per la cronicità e per il carattere ribelle della forma, per il tipo delle sofferenze, per l'impossibilità di ricondurle ad altri quadri nosologici noti e definiti, per i reperti radiologici esposti e per altri motivi ancora che verremo a mano a mano specificando nella trattazione successiva, possiamo ammettere d'essere qui nel campo delle sindromi di periviscerite o perisplancnite, affezione che è all'ordine del giorno nelle nostre discussioni e frequente nei nostri ammalati.

Periviscerite innanzi tutto non è espressione esatta, perchè il termine implica una flogosi in atto, agente di malattia in quanto infiammazione in atto, mentre sappiamo che in questi ammalati spesso le sofferenze continuano anche quando il processo flogistico è spento, per le aderenze di origine infiammatoria che in conseguenza si sono ordite e che interessano i visceri addominali. È l'aderenza infatti che abitualmente è in giuoco nel determinismo del processo morboso, la sinechia o le varie formazioni che ne sono derivate (cordoni, lamine membranose), che, seppure frutto ed esito della flogosi adesiva, permangono e sono causa di fenomeni morbosi anche quando la flogosi si è esaurita e spenta. Aderenze, è bene specificare, che provochino un disordine funzionale, dacchè il concetto anatomico deve essere integrato dal concetto funzionale, di perturbata funzione. Sinechia non è sinonimo di malattia; esistono aderenze del più vario tipo e della più diversa estensione, cui non sono legati disturbi di sorta. Soltanto quelle aderenze, che attraverso il disordine funzionale da esse indotto danno sintomi, hanno importanza clinica e sono a base della sindrome morbosa perivisceritica. La condizione anatomica mai come nel capitolo delle aderenze appare a sè, indipendente da obbligatoria manifestazione clinica. Si osserva cioè quella dissociazione che anche nel campo delle visceroptosi tanto facilmente si nota: si vedono enormi ptosi senza sofferenze di sorta, e talora modeste dislocazioni accompagnarsi invece a sindromi le più imponenti e costituire, ad esempio, quella che è nota col nome di sindrome di Glénard, identificabile clinicamente nel binomio ptosis più nevrosis. Così avviene per le aderenze, tutto qui essendo questione di compenso e di modo di reagire generale e locale. La condizione anatomica crea la sindrome clinica quando lo scompenso funzionale insorga. La constatazione di un viscere dislocato o di un fatto aderenziale non ci costringe di per sè a pensarli necessariamente sorgente e causa di dolore e di disturbi. Tal viscere, normalmente mobile, che appare adeso ad altro viscere patologicamente mobilizzatosi, può non dar sofferenze; tal altro, sollecitato dalle aderenze a spostarsi dalla sua sede abituale, può trovare nella pressione dei visceri circonvicini, nel tono della parete addominale i momenti sufficienti a mantenerlo in situ o, se spostato, a non creare disturbi. Un'aderenza può essere traente oppure dislocante e la sua azione può esercitarsi su di un organo mobile o fisso, o su tessuti in flogosi irritativa o meno, e del tutto diverso è allora il perturbamento funzionale che ne consegue; senza contare che nel quadro clinico tutto è alle dipendenze poi dei vari riflessi viscero-viscerali e della particolare formula neuro-vegetativa e della personale reattività del malato. Il concetto di scompenso funzionale, tanto valorizzato da Donati nell'interpretazione di queste sindromi e di quelle da ptosi gastro-intestinale, è in sommo grado utilmente discriminativo e vale a legare il fatto anatomico al fatto clinico nei loro reali rapporti di causa ad effetto, e vale altresì ad ammonire che aderenza e ptosi non vogliono dire ancora malattia e sindrome morbosa. Vale quindi anche a mettere in guardia contro la eccessiva facilità con cui si accettano talora constatazioni di fatti radiologici come formule diagnostiche e insegna ad andar cauti, quando non si sa bene identificare una sindrome dolorosa addominale, nell'invocare a momento patogenetico l'esistenza di aderenze solo perchè presunte o anche direttamente dimostrate, il che radiologicamente è quanto mai arduo. Ed invero chi largamente vive la medicina pratica non può non osservare che della diagnosi di perivisce-

---

(1) C. Frugoni. *Lezioni di Clinica Medica*. Ed. Pozzi, Roma, 1934. Lezione II, pag. 28.

rite si abusa, facendone spesso una diagnosi di comodo, esponente di quell'inerzia mentale che, di fronte talora alla complessità e multiformità dei sintomi, rifugge dal lavorio analitico e s'accontenta di un nome. Ma la periviscerite come sindrome morbosa esiste e persiste spesso malgrado gli interventi, ed è una realtà clinica oltrechè anatomica. In questo campo tuttavia, come in quello delle ptosi, si parla spesso di individui nervosi, iperestesici o cenestopatici, che o tutto risentono iperbolicamente o esagerano le proprie sofferenze. Certo che in sofferenti di sindromi non tipiche e con reperti mutevoli, o in terreno di vivaci e abnormi riflessi, è facile orientarsi verso le neurosi viscerali, e qualche volta anche così può essere. Ma l'esperienza clinica e i propri errori di valutazione e di diagnosi sempre più insegnano a non dimenticare mai che in genere l'ammalato che si lamenta, anche se a noi sfugge la causa, ne ha la sostanziale ragione: intendo dire che, di fronte alle pertinaci deposizioni di un malato, anche se in contrasto apparente coll'obbiettività rilevata, anche se colorite neuroticamente, occorre sempre cercare con oculatezza ed intelligenza il substrato organico delle sue sofferenze, e non abbandonarsi con eccessiva leggerezza e con troppa precipitazione o troppa poca documentazione a diagnosi funzionali, altrettanto pregiudizievoli all'ammalato che al medico. Basti ricordare il cumulo di errate diagnosi che spesso copre l'etichetta diagnostica di neurosi celiaca, come ben sa chi ha troppo spesso veduto che le così dette nevrosi celiache altro non erano, ad un esame più approfondito, che ulcere duodenali di coperta diagnosi, specialmente della parete posteriore e interessanti il pancreas, o litiasi biliari latenti o sindromi di periviscerite passate inosservate o alterazioni pancreatiche di natura flogistica; quando tutto non si riduceva, come talora ho visto, ad una parassitosi da tenia, rimasta indiagnosticata e fertile di sintomi viscerali e nervosi locali ed a distanza Certo è facile che questi pazienti di periviscerite, come molti altri ammalati organici, cadano in istato di nevrosi o addirittura di nevrastenia, più o meno a sfondo cenestopatico; e ve ne sono tutte le determinanti e giustificanti, dacchè si tratta per lo più di pazienti che da lungo tempo soffrono, che hanno non di rado subito più di un intervento laparatomico inutilmente, perchè anche dopo operati spesso continuano nelle loro sindromi dolorose; che tanti medici consultano, tante diagnosi diverse ricevono; nei quali anche la indagine radiologica dà nei vari momenti e ad opera dei diversi radiologi reperti variabili, i quali a volta a volta giustificano questa diagnosi o quella. È inevitabile che la psiche di tali ammalati venga turbata a lungo andare dalla sensazione che noi oscilliamo incertamente fra diagnosi discordanti e più ancora dalla constatazione che gli interventi praticati o non convalidano le diagnosi stesse o non liberano dai disturbi; e si ordiscono così sovrastrutture funzionali, le quali vanno rilevate, valutate e anch'esse curate, ma che non debbono distogliere il nostro giudizio diagnostico dal nucleo anatomico e dal substrato obbiettivo del quadro morboso. Nella nostra ammalata però, malgrado sì lunga storia di sofferenze e di diagnosi disparate e di interventi non tutti giustificati e benefici, il sistema nervoso appare perfettamente normale ed in equilibrio, senza alcuno sconfinamento quindi nel terreno infido delle organonevrosi. Noi siamo dunque di fronte a una pura sindrome di periviscerite.

Le nostre prime nozioni in proposito son nate da disinganni chirurgici; a parte quanto può avvenire nella colelitiasi e cioè in quello che già Chauffard diceva « il doloroso domani di taluni colecistectomizzati », che operati vedono le loro sofferenze continuare immutate, perchè qui le cause sono anche di altra origine e natura. Di fronte a sindromi dolorose di varia genesi e tipo, persistenti al di là di un intervento non riuscito liberatore, si volle riferire l'evento a tecnica difettosa nel corso dell'intervento, e di volta in volta si accusò o la troppa fretta o la poca toilette o i troppi zaffi o la non completa peritoneizzazione delle superficie cruente; a queste varie cause isolate o associate riferendo l'instaurarsi di quelle aderenze post-operatorie, di cui forse si è troppo abusato nell'interpretazione patogenetica di molti quadri addominali. Ma vi sono casi, nei quali la tecnica è stata perfetta, l'intervento breve, l'infezione nulla, il trauma minimo e nei quali, ciò nonostante, la sindrome periviscerica si instaura. Gli è che non sempre e non solo e non tanto la manualità chirurgica ha importanza nel suo determinismo, ma che, allorquando una flogosi lenta ha già incominciato da tempo a mandare le sue propaggini per via linfatica e per continuità lungo i meso e gli epiploon e il cellulare sottoperitoneale, anche se si opera con obbiettivo preciso e tecnica perfetta su di un presunto focolaio morboso, il processo può non arrestarsi, ma continuare. Al qual proposito vale l'esempio della discrepanza non difficile a constatarsi fra casi di lesioni endoaddominali gravissime, per esempio peritoniti acute da appendicite perforata ecc., perfettamente e durevolmente guarite dopo interventi necessariamente rapidi e talvolta incompleti, con toillette sommaria e necessità di larghi drenaggi, e casi invece di lesioni di gran lunga nella loro essenza anatomo-patologica meno gravi, operati a freddo con tecnica la più impeccabile e decorso post-operatorio liscio e ideale, eppure seguiti da una serie di disturbi che persistono e portano a nuovi interventi, i quali mettono in luce i più vari quadri fibro-adesivi e lesioni periviscerictiche le più diverse di tipo ed entità. Gli è appunto di fronte a questa non infrequente constatazione e discrepanza che si è

creduto di dover parlare di fattore endogeno, di predisposizione individuale-costituzionale. Il Mann parla addirittura di una varietà degenerativa della costituzione e di una vera e propria, come egli dice, « diatesi aderenziale », e si richiama al concetto di Pende, che già aveva raggruppato le perivisceriti croniche iperplastiche primitive nel capitolo delle sindromi da diatesi fibro-plastica, intese come un processo generale che elettivamente colpisce le sierose splacniche, determinando una produzione di connettivo fibroso quasi neoplastiforme, da cui hanno origine coalescenze patologiche fra un viscere e l'altro.

Non neghiamo l'importanza del terreno costituzionale, come siamo propensi a dare un certo peso all'impregnazione specifica, che nella nostra ammalata, ad esempio, abbiamo ben messo in evidenza; ma, se vogliamo rimanere aderenti ai casi ed al terreno clinico, dobbiamo riconoscere che il fattore dominante è la flogosi cronica con le sue conseguenze. La cicatrice cheloidea, di cui la nostra ammalata presenta un esempio, che qui vedete, viene da taluno considerata come segno di tale particolare costituzione. Vi sono dei malati che fanno facilmente dei cheloidi — dice il Gutmann — come vi sono dei malati che facilmente fanno delle aderenze, e spesso sono gli stessi; ma non sempre, tanto è vero che è frequente osservare delle cicatrici perfette coprire delle spesse aderenze e viceversa. Nel nostro caso una sola delle tre cicatrici è cheloidea, ed anche per questo appare evidente che non può essere ragionevolmente invocata come segno di anormale costituzione la presenza di una sola cicatrice cheloidea su tre cicatrici nello stesso ambito addominale.

Oggi nel campo chirurgico, specialmente italiano, non v'è affatto accordo. V'è chi aggruppa sotto il termine generico di « perivisceritie adesiva addominale » più quadri morbosi, che, se hanno a comune il substrato anatomo-funzionale, di cui prima dicevamo, vanno tenuti distinti per la diversa sede delle lesioni, per la diversa estensione, natura e causa del processo morboso. Onde nel quadro generale distinguono da un lato sindromi circoscritte, con predominanza di sintomi atti or più or meno bene a identificarle, quali perigastriti, periduodeniti, pericolecistiti, periappendiciti e peritifliti ecc., dall'altro riconoscono complessi più vasti, quando le lesioni e i disturbi si estendono a più organi del così detto crocicchio digestivo superiore e inferiore o sono interessati anche organi della pelvi o infine il processo si estende all'insieme dei visceri dell'addome destro. Per questi AA. — e mi riferisco specialmente a Donati — il fatto aderenziale in un col disordine funzionale, che l'accompagna e che ne condiziona l'importanza clinica, resta in primo piano, sia che l'aderenza rappresenti l'esito di un'affezione viscerale ormai spenta, la più varia nell'ambito addominale, come un'ulcera gastrica o duodenale, una colecistite, un'appendicite, una colite con pericolite, un'annessite ecc., sia che trovi la sua origine in un'infiammazione specifica cronica o tubercolare o sifilitica, sia che la si consideri l'esponente di un'infiammazione peritoneale o sottoperitoneale cronica in atto, a focolaio più o meno palese, o un reliquato di lesioni traumatiche. E vengono anche distinte delle perivisceriti così dette essenziali, quando a base del processo aderenziale non è o non è più riconoscibile un'affezione primaria. Altri invece — e intendo specialmente riferirmi a Leotta — nel quadro morboso vedono piuttosto la lesione viscerale che non il fatto aderenziale; vedono il nesso patogenetico che lega strettamente singole lesioni di visceri addominali, e identificano delle associazioni morbose per così dire obbligatorie, mai accidentali, in cui il fatto aderenziale rappresenta nulla più che un epifenomeno, quasi la traccia dell'infezione che da un organo all'altro si trasferisce. Leotta è preciso nella delineazione della sua « *sindrome associata dell'addome destro* »: appendicite, colecistite, ulcera gastrica o duodenale sono, in un periodo avanzato della loro evoluzione, sempre tra loro associate, e processi periappendicitici, pericolecistitici, periduodenitici le accompagnano e variamente si combinano a dare i diversi quadri morbosi. L'appendicite, sia acuta sia cronica, sia in atto o pregressa, non mancherebbe mai e rappresenterebbe il primum movens, il focolaio primitivo da cui ha inizio il processo infettivo peritoneale, quella lenta flogosi che, indipendentemente dalla lesione primitiva, la quale può anche spegnersi, si diffonde e si diffonderà poi per continuità, per via linfatica o per via sanguigna portale, a distanza progressivamente più grande, inducendo lesioni sempre più estese dei meso, dell'epiploon, della sierosa dei visceri, delle linfoghiandole, traendo in compatimento altri organi con frequenza e meccánismo patogenetico che variano a seconda del tempo di evoluzione del processo morboso e di altri elementi concausali, fra cui in primo piano determinati fattori predisponenti, diversi per i diversi organi. Questo criterio del nesso patogenetico che lega strettamente più affezioni coesistenti nell'ambito dell'addome destro, concezione che nella precisazione rigorosamente univoca di Leotta ha incontrato, oltrechè consensi, anche vive opposizioni, non è del tutto nuovo in questo capitolo della nosologia. Già Solieri aveva da tempo (1913) richiamata l'attenzione su quella speciale associazione di sintomi che egli indicò come « sintonia patologica dell'addome destro », e che, come egli ben precisa, non è nè giusto nè esatto che sia inclusa nè fra le perivisceriti adesive addominali (Donati) nè nella « sindrome digestiva cronica dell'addome destro » (Dalla Volta e Palmieri), dacchè egli ha detto e scritto altra cosa. Praticando l'anestesia spinale bassa, egli osservò che le manovre sul-

l'angolo ileo-ciecale e sull'appendice infiammata determinano una immediata reazione vivace con crampo e dolore intollerabile allo stomaco, talora con gran vomito e acidità rovente, e ciò per un inequivocabile riflesso nervoso (detto riflesso appendicolo-gastrico è infatti assente se si bloccano gli splancnici con novocaina), riflesso che non si ha invece per qualsiasi manovra od operazione demolitiva sul tenue, crasso, organi genitali interni. Solieri cioè « ha messo a base della relazione e interdipendenza morbosa che suol passare fra appendicite, ulcera piloro-duodenale e colecistite non un fatto flogistico propagatosi per via diretta o indiretta dall'appendice al piloro e duodeno e alla colecisti, ma un riflesso nervoso, che ha il suo punto di partenza nell'appendice flogosata e che per vie nervose definite si scarica sul piloro, duodeno e colecisti, costituendosi elemento patogenetico di gravi e permanenti disturbi e conseguenti manifestazioni morbose ». Ed egli riferisce di malati, che, operati di gastroenterostomia per gastrosuccorrea, non guarirono finchè non venne rimossa, in secondo tempo, l'appendice, risultata poi cronicamente malata; e insiste giustamente sulla condizione vagoestesica di questi ammalati e sul fatto che lo stato vagotonico può esser determinato da un'appendicite spesso latente e cessare con l'appendicectomia; mentre talora invece la lunga permanenza dell'appendice infiammata può stabilizzare la condizione vagotonica, sicchè questa può permanere anche dopo l'intervento; il che spiegherebbe la comparsa successiva di colecistite o di ulcera peptica: sindromi consociate cioè nel tempo. D'altra parte Dalla Volta e Palmieri avevano già dato veste unitaria ad una serie di segni clinici e radiologici, da loro con costanza e frequenza rilevati in una certa categoria di malati, delineando quel quadro che, anche nel nome di « sindrome digestiva cronica dell'addome destro », patentemente prelude all'entità nosologica ora oggetto di sì largo dibattito, affermando « la possibilità dell'associazione e della partecipazione simultanea di molti organi al processo (cieco, appendice, colon destro, cistefellea, duodeno e stomaco) che si traduce clinicamente con disturbi della metà destra dell'addome, ma che per la loro indeterminatezza rimangono inafferrabili, massime se la storia del malato non contenga episodi commemorativi atti a risvegliare l'idea di una pregressa peritonite, di un'appendicite acuta, di una calcolosi biliare, di un'ulcera pilorica ecc. ». Al qual proposito anzi a me, clinico medico, sopratutto piace di ricordare le osservazioni veramente precorritrici del Dieulafoy, che già nel 1903 individuava nettamente l'associazione morbosa dell'appendicite e della colecistite e ne faceva una sindrome da lui chiamata di « appendiculo-cholecystite ». V'ha di più: escludendo ogni ipotesi di fortuita accidentalità, egli vide nell'associazione morbosa il nesso patogenetico, considerò, in base specialmente a criteri cronologici rigorosamente vagliati, l'appendicite e la colecistite come direttamente dipendenti l'una dall'altra; mise in evidenza i fatti aderenziali, le membrane infiammatorie, esponenti di peritonite cronica con centri di irradiazione rispettivamente nella colecisti e nell'appendice ammalata; infine ammonì dell'opportunità di aver presente, nella diagnosi dell'una o dell'altra delle due affezioni, la possibilità di una associazione delle due, e raccomandò, nel dubbio diagnostico, al chirurgo operante sull'appendice di esplorare la regione della vescichetta biliare. Ed ancora il Dieulafoy, nelle sue magistrali lezioni dell'Hôtel Dieu, molti e molti anni fa tracciava alcuni quadri di ulcere perforanti duodenali e gastriche consecutive ad appendicite, in cui dal rapporto cronologico induceva il nesso patogenetico, e, richiamandosi ad altri esempi di lesioni del duodeno e dello stomaco di tipo erosivo od ulcerativo più o meno profondo da lui illustrati in corso di appendiciti (vomito nigro appendicolare ecc.), basandosi altresì su dati sperimentali per suo consiglio raccolti, attribuiva alla tossi-infezione a punto di partenza appendicolare la patogenesi delle lesioni gastriche e duodenali concomitanti.

Ora il dibattito ha preso ancor più larga estensione ed investe la patogenesi di alcune delle affezioni addominali più frequenti, più gravi, più oscure nel loro determinismo, quali l'ulcera, gastrica o duodenale che sia, e la colecistite, calcolosa o no,

Il dato anatomico, debitamente vagliato e raffrontato col dato clinico, mantiene tutta la sua importanza. L'anatomia sul vivo, l'esplorazione totale e sistematica dell'emiaddome destro, caldeggiata dal Leotta in ogni intervento per affezioni di organi di quel settore, anche se apparentemente isolate, trova partigiani come Paolucci, il quale tra l'altro pensa che la colecistite alitiasica sia sempre legata ad un fatto d'infezione ascendente, d'origine per lo più appendicolare, e raccomanda di esplorare fino al crocicchio digestivo superiore in ogni caso d'appendicite cronica; trova oppositori quali Donati e Fasiani, che temono le aderenze che posson conseguire a troppo ampie brecce operatorie e a troppo larghe investigazioni, e che d'altra parte non condividono pienamente la concezione patogenetica unitaria di Leotta, in base alla loro esperienza di clinici e di operatori. Donati insiste sulla necessità di individuare e di giungere possibilmente alla diagnosi decisa pre-operatoria, tenendo conto che vi sono sì i casi di concomitanza, e i casi di susseguenza, ma anche i casi di malattia strettamente localizzata. Così in 400 suoi operati di vie biliari, 17 erano già stati operati di appendicectomia, 40 furono operati ad un tempo di appendicectomia e di colecistectomia per lesioni associate e un solo dovette subire in secondo tempo un nuovo intervento per appendicectomia, sì che, notando che

nel 15 % sono apparse lesioni concomitanti o susseguenti dell'appendice e della colecisti, egli contesta che sia possibile legare sempre le colecistiti inizialmente alle lesioni anatomiche dell'appendicite o alla S. A. D., se nell'85 % di esse l'appendice non è risultata ammalata. D'altra parte la proposta dell'esplorazione completa dell'addome trova naturalmente perplessi anche noi clinici medici, che in collaborazione coi colleghi chirurgi ci studiamo di precisare di volta in volta il più esattamente possibile le condizioni anatomo-cliniche e di racchiuderle in una esatta formula diagnostica, e che non sappiamo rinunciare a ritener possibile oggi l'affermazione e reale la constatazione anche di quadri morbosi isolati, basandoci sulla notevole percentuale di ammalati che, debitamente diagnosticati e tempestivamente operati o soltanto di ulcera gastrica o duodenale o di ablazione isolata della colecisti o dell'appendice, vediamo andare incontro ad una radicale e durevole guarigione. E non può nascondersi la perplessità nella quale il medico pratico si trova di fronte al principio che, qualunque sia la diagnosi (appendicite, colecistite, ulcera gastrica o duodenale), si debbano sistematicamente praticare sì larghe esplorazioni, e di fronte all'incognita costituita da ciò che, affidando uno di questi ammalati al chirurgo, non si potrebbe mai più prevedere a quanti e quali interventi demolitori quegli sarà sottoposto: cosa di estrema importanza anche per la durata, gravità e quindi prognosi dell'intervento, per la diversa resistenza del malato ecc. Comunque non sta a noi cercar di mettere d'accordo sì opposte opinioni: le questioni di tecnica esulano dalla nostra competenza e i problemi patogenetici, importantissimi specialmente per quel che si riferisce ai processi di figliazione e interdipendente concatenazione morbosa, troveranno negli ulteriori fatti debitamente accertati la loro risposta; ed è probabile che, dal punto di vista tecnico e pratico almeno, una prudente linea di condotta intermedia e un ritorno al fondamentale criterio clinico del « caso per caso » finiscano per prevalere.

Certo è che la sindrome dell'addome destro, nel vasto capitolo della periviscerite adesiva addominale, è una realtà clinica, operatoria e anatomo-patologica. È una sierosite lenta infettiva, a sede nell'emiaddome destro, che porta a coalescenza di organi, a sofferenze variamente intrecciantisi. Se a base di questa flogosi cronica vi sia un processo appendicitico, se questo sia causa di colecistite e di ulcera, se la lesione colecistitica si debba ammettere come primitiva e se attraverso la pericolecistite si abbia la diffusione del processo morboso, non è dato dal rilievo clinico, per sè preso, in ogni caso di desumere e di precisare. Il substrato anatomo-patologico di questa sierosite sembra ad ogni modo consistere in una infezione della rete linfatica addominale, con manifestazioni più o meno acute nell'una o nell'altra delle sue stazioni, fra cui principale e quasi centro di irradiazione quella appendicolare. La posizione preminente dell'appendicite in questo campo è da ritenersi innegabile. Queste vedute, confermate batteriologicamente da importanti ricerche, fra cui da segnalarsi quelle compiute nella Scuola di Leotta, si riconnettono, con le debite variazioni, colle osservazioni del Pribram: si tratta di quella che il Pribram chiama linfangite peritoneale, che egli ritiene a punto di partenza spesso faringo-tonsillare. Il Chirurgo tedesco insiste sulla frequenza con cui a base di questa linfangite peritoneale esiste una tonsillite, e la relazione dei due processi sarebbe subordinata a modificazioni della corrente linfatica e a particolari tropismi batterici, specie in soggetti a ciò predisposti da costituzione linfatica. In tali casi l'allontanamento delle tonsille infette molto spesso varrebbe a guarire radicalmente. Ed è — ripeto — un chirurgo il Pribram, che lo asserisce.

Del resto che si diano appendiciti acute subordinate a tonsilliti acute è evento clinico di sicura osservazione, e il rapporto di interdipendenza — chiaro perchè acuto — non è, si può dire, che la dimostrazione più palese di quanto, con identico meccanismo e significato, potrebbe in tali speciali casi e condizioni intervenire da influenze più torpide e da ripercussioni subacute ravvicinate fino alla costituzione di appendiciti croniche, più o meno suscettibili di acutizzazione. Ognun vede quanto strettamente tali cognizioni e tali provvedimenti terapeutici si riconnettano colla teoria delle « infezioni focali », teoria alla quale in molti campi della patologia, fra cui non ultimo quello delle affezioni addominali, anche la mia Scuola ha portato notevoli contributi. A proposito anzi di infezione cronica addominale nei rapporti colla patogenesi dell'ulcera gastrica e duodenale, mi piace riportare le parole dei miei Aiuti proff. Lusena e Chini nella loro relazione sulle « Infezioni focali » al Congresso di Medicina Interna di Pavia (1933, edit. Pozzi, pag. 81), perchè sia ben chiara la ponderatezza critica delle loro valutazioni:

« Noi crediamo — scrivono Lusena e Chini — che le conferme sperimentali della teoria meccanica, nervosa, chimica, anafilattica, infettiva, focale non siano affatto in contrasto tra di loro. Con ogni probabilità tutti questi elementi, di cui forse nessuno da solo è capace di far sentire le sue dannose conseguenze, possono combinarsi tra loro nel determinare la malattia e sopratutto nell'aggravarne e più ancora nel mantenerne la sintomatologia e le conseguenze anatomiche e cliniche. È molto probabile, per esempio, che un agente infettivo (linfangite infettiva peritoneale) determini alterazioni dei tessuti specialmente o soltanto quando attraverso la sua azione continuativa si stabiliscano condizioni allergiche. Già abbiamo visto le moderne idee sull'allergia nel reumatismo e la grande facilità con la quale gli streptococchi usati come allergeni determinano in vari tessuti processi

reattivi cronici (Ricerche Magrassi). È ammissibilissimo che processi tossici o tossico-allergici sulla mucosa gastrica o duodenale diano luogo più facilmente a fatti erosivi e questi a loro volta siano tanto più gravi e persistenti in quei soggetti nei quali per ipervagotonia costituzionale o prettamente patologica (ricerche Cushing) è più energica la reazione spastica e ancora più in quelli in cui il succo gastrico è iperacido o congenitamente o forse anche a causa delle lesioni o per abitudini alimentari. È assolutamente da condannare il semplicismo critico attraverso il quale in questo campo, come del resto in altri, ogni nuova teoria deve sopprimere le precedenti se vuol salvarsi. Anzi, nel complesso problema dell'ulcera gastro-duodenale, la concomitanza di vari fattori appare al patologo come la concezione più sana ed equilibrata. Gli esperimenti sull'elettività dei germi nel campo delle malattie addominali fatte da Rosenow e nella nostra Scuola, sono altrettanto attendibili quanto quelli relativi ai fattori nervosi, clinici, anafilattici. Le osservazioni cliniche sulla frequenza di piorree e sopratutto di tonsilliti in questi soggetti, la frequente esacerbazione dei disturbi in occasione di esacerbazioni tonsillitiche spontanee o anche di spremiture tonsillari, le guarigioni descritte in seguito a tonsillectomia, hanno, dal punto di vista clinico, non meno valore dell'associazione ulcera-vagotonia, ulcera-ipercloridria ecc. In relazione alle conoscenze che ci vengono dai dottrinarii dell'infezione focale, ai dati batteriologici e anatomici sulle alterazioni addominali (Leotta e allievi, Pribram), a quelli statistici sull'associazione ulcera-lesioni buccali e a tutti gli altri già rammentati, è lecito ammettere che il continuo rifornimento infettivo, per lo più d'origine tonsillare, per azione diretta di natura solamente tossica, o anche attraverso meccanismi allergici, determini l'instaurarsi di lesioni morbose di cui la gravità e durata, quindi l'insieme del quadro clinico e anatomico risentiranno degli altri fattori. Questo modo di concepire la questione dell'ulcera gastrica e duodenale spiegherebbe facilmente perchè non tutti i tonsillitici, come non tutti gli ipercloridrici ed i vagotonici siano degli ulcerosi. L'infezione focale sarebbe l'origine prima, non solo in senso cronologico, cioè una condizione necessaria, ma non sufficiente affinchè il quadro morboso si produca. Non crediamo di esagerare nella valutazione di queste dottrine affermando che oggi di fronte al quadro clinico è necessario non dimenticare, accanto alle altre osservazioni e provvedimenti, anche osservazioni e provvedimenti relativi alla teoria dell'infezione focale. Questi provvedimenti presi con misura e criterio non metteranno in pericolo l'integrità dei nostri pazienti, ma anzi varranno a liberarli da infezioni croniche che anche di per sè stesse meriterebbero di essere curate, come piorree e specialmente tonsilliti, e costituiranno in ogni modo una misura assolutamente doverosa prima di imporre al p. importanti decisioni chirurgiche ». (Lusena e Chini).

Clinicamente si distinguono non una perivisicerite, ma delle perivisceriti, e, secondo un criterio strettamente topografico, se ne possono fare quattro principali categorie (Donati):

*Periviscerite alta o superiore*, che si ha frequentemente nell'ulcera duodenale o pilorica, nella colecistite; nella quale si danno risentimenti peritoneali a tipo di periduodenite, di pericolecistite, di cellulite sottoperitoneale del crocicchio sottoepatico, e si formano aderenze e si hanno corrispondentemente sindromi dispeptiche con sofferenze diffuse all'epigastrio, pressochè continue, senza le tregue così caratteristiche dell'ulcera duodenale, non in stretto rapporto coi pasti, con dolore spontaneo spesso più vivace del dolore provocato dalla pressione, con irradiazioni a tipo epatico anche il più classico e completo e a volte episodicamente così acuto da simulare in pieno il quadro della colica epatica, finanche talora coll'ittero secondario e con lieve risentimento pleurico basilare destro, più o meno febbrile. Sono quadri che un poco s'avvicinano talvolta a quelli dell'ulcera o della colecistite, ma che un attento esame lascia non di rado distinguere. Il carattere della sindrome periviscerica è la continuità delle sofferenze; dice il Guttmann che essa tende a sommergere, per così dire, le note individuali della malattia causale, ulcera o colecistite, saldando fra loro nel corso dell'anno i singoli periodi morbosi, nella giornata legando le varie crisi, tendendo progressivamente a dare aspetto continuo nel tempo e uniforme nella estrinsecazione a ciò che inizialmente nella sintomatologia è episodico e individuale.

*Periviscerite media*, in cui raggruppiamo lesioni peritiflitiche e pericolitiche, in esito per lo più ad appendicite; nel qual campo entrano sindromi le più diverse: dalla stasi intestinale cronica alla pericolite cronica con distonia digestiva, alle stenosi ileo-coliche di posizione, accuratamente descritte da Donati, ecc., sindromi nelle quali essenzialmente l'alterato transito intestinale è a base delle sofferenze e della costipazione cronica, quasi sempre presente.

*Periviscerite profonda e dello scavo*, dovuta in genere a cause ginecologiche, con dolori sordi, profondi, che si irradiano alle coscie, specialmente esacerbantisi nei periodi mestruali; la quale però anche comprende perisigmoiditi e mesosigmoiditi con dolori spesso localizzati a sinistra e nell'ipogastrio, a volte diffusi e talora con ripercussione in sede gastrica, talora con irradiazioni tali da simulare, nelle donne, dolori annessiali, anch'esse accompagnate in genere da costipazioni, cui però talvolta si alternano crisi di diarrea.

E infine una *periviscerite adesiva destra*, che può porsi accanto a quella sindrome che viene da molti ora indicata — con particolare signi-

ficato — come «*sindrome dell'addome destro*». Benchè io sia poco propenso in genere a nosografismi indeterminati, che possono poi condurre facilmente a diagnosi di comodo, tuttavia nel caso in questione l'entità nosografica corrisponde, come già abbiamo detto, a una realtà anatomica e clinica, che ha la sua caratteristica nell'estensione e nel polimorfismo dei sintomi. Per periviscerite adesiva destra va dunque — eclетticamente — intesa una sindrome morbosa, quasi sempre espressione e sequenza di lenta flogosi inizialmente appendicolare (o colecistica o duodenale), legata a fatti aderenziali infiammatorii estesi e variamente distribuiti nell'ambito dell'addome destro, cui corrispondono sintomi dolorosi e funzionali dei vari distretti. Accanto a segni generali, quali la febbricola non infrequente, il dimagramento, l'astenia, la depressione psichica, la cefalea abituale e un facile stato di generale nervosismo, son deposte alterazioni digestive a vago tipo dispeptico gastro-duodenale, con digestioni laboriose, facili nausee, talora vomito, scialorrea, aerofagia, senso di gonfiore all'epigastrio, di sbarra trasversale dopo i pasti, stipsi abituale ostinata, ma in qualche caso scariche diarroiche a breve distanza dal pasto, da simulare la diarrea post-prandiale degli epatici. E inoltre dolori spontanei a sede epigastrica, per lo più sordi, diffusi, senza ritmi particolari, a volte caratteristicamente legati a determinate posizioni e atteggiamenti; dolori a sede nella fossa iliaca destra o nella regione ipocondriaca destra, oscillanti, talora acutizzantisi a guisa di vere coliche di tipo epatico o persino renale, prevalendo nel quadro morboso talvolta i segni della visceropatia comitata. Di fronte a questa ricca gamma di sintomi un'obbiettività scarsa: lievi contratture della parete addominale più o meno estese e variabili, in relazione ad acutizzazione del processo infiammatorio sottostante, punti o meglio zone dolorose alla pressione, prevalentemente nella fossa ileo-ciecale, all'epigastrio, all'ipocondrio destro, colla particolarità che tali dolori provocati sono in genere meno vivaci dei dolori spontanei, dolori talora caratteristicamente proiettati a distanza dal punto ove si esercita la pressione. E oltre a ciò con una certa frequenza dilatazione meteorica di un tratto intestinale, constatabile all'ispezione e alla palpazione, per lo più in corrispondenza del cieco e del colon ascendente, gorgoglio ciecale, sensazione talora di impastamento profondo e in qualche caso reperto di un'appendice aumentata di consistenza e di volume, dolente, di fegato più o meno manifestamente ingrandito e sensibile alla pressione. Sindrome morbosa questa che talora si manifesta in via primaria e tal'altra dopo un intervento operatorio, ma in tal caso non per colpa dell'intervento. Il processo infiammatorio procede o perchè si è troppo tardi intervenuti, quando già il processo stesso aveva guadagnato le vie profonde e iniziata la sua lenta propagazione, o perchè l'intervento non è stato sufficientemente largo e sono rimasti focolai infettivi profondi (celluliti ecc.), che come brace sotto la cenere covano il fuoco.

Se la sintomatologia pertanto nel suo polimorfismo, spesso alquanto indeterminato, vale ad orientarci verso una diagnosi di probabilità, la radiologia ci aiuta a fissare le linee anatomo-funzionali del quadro morboso. La radiologia ha reso dei grandi servigi anche in questo campo; ben inteso che anch'essa non basta e non può tutto, che ai fini diagnostici esistono dei limiti al rilievo radiologico come ne abbiamo visto esistere per il rilievo anatomico: già abbiamo messa in evidenza la possibile sconcordanza tra il fatto anatomico, radiologicamente documentato, e il fenomeno clinico, attraverso quelle leggi del compenso funzionale che già abbiamo illustrato.

Occorre innanzi tutto differenziare dalle formazioni sicuramente infiammatorie quelle membrane a sede varia, sulle quali il parere dei chirurgi è ancora discorde, ritenendole taluno membrane flogistiche, mentre altri le considerano come fasce o membrane naturali o spontanee: tali la membrana di Harris, a livello della regione piloro-duodenale; tale il legamento di Lane o briglia sopraileale, costituita da un legamento fibroso che fissa l'intestino alla parete addominale posteriore, producendo un'angolatura di questo e una deformazione a V del tratto terminale dell'ileo con apertura in basso, e che rappresenterebbe, secondo la espressione di Lane, « una cristallizzazione delle linee di forza applicate all'intestino »; tale la membrana di Jackson o precolica, sottile, velamentosa, che si inserisce all'infuori sul peritoneo parietale, in alto sul peritoneo della faccia inferiore del fegato e sul peritoneo prerenale, in basso sul colon ascendente, ricoprendone tutta la faccia anteroesterna fino alla sua banderella longitudinale interna, onde il colon sembra situato in un sacco diafano, in cui è mobile e si snoda in tutta libertà come un feto nel sacco. Vi è chi fa anche di questa ultima una membrana infiammatoria; Alessandri è contro tale opinione, e con ragione. La membrana di Jackson è una formazione congenita, che può favorire l'insorgenza di fatti flogistici ed essa stessa flogistizzarsi; ma la membrana in origine non è infiammatoria. Questi elementi costituzionali vanno quindi allontanati dal concetto e dal quadro della periviscerite.

Molto dobbiamo nel campo radiologico delle perivisceriti a Busi, che ha individuato quadri come la scoliosi duodenale e un complesso di segni, nell'ambito specialmente della periviscerite duodenale, veramente preziosi: descrizioni accurate sono state date da Palmieri per le aderenze della fossa ileo-colica, da Donati e da Vespignani per certe mesenteriti e mesocoliti e per le stenosi ileo- coliche di posizione, e così via.

Schematicamente e sinteticamente il quadro

radiologico delle perivisceriti è costituito da: fissità di visceri che dovrebbero essere mobili, deformità di contorno, indissociabilità delle anse o dei visceri in causa, posizioni anormali di tratti più o meno estesi del tubo intestinale, segni di stenosi da compressione o da posizione, atonie di segmenti intestinali, tra cui tipica la dilatazione atonica dell'ultimo tratto del tenue, descritta da Vespignani come sintomatica di mesenterite, infine, segno importante, il dolore provocato con la palpazione del viscere individuato sotto lo schermo radioscopico, specie in tentativi di mobilizzazione, dissociazione, e rigidità della parete del viscere dal punto adeso.

L'accurata indagine anamnestica, il rilievo critico dei sintomi, l'esplorazione radiologica, che deve necessariamente integrare l'esame clinico, valgono a condurci ad una diagnosi non generica, ma anatomo-funzionale e talvolta patogenetica, precisa.

Ricordo due casi capitatimi di recente. Di questi uno si riferisce ad una signora, che aveva da anni una terribile sintomatologia dolorosa addominale e sacrale, ed ogni due o tre mesi un herpes zoster a sede sacrale e nella parte alta delle cosce; dopo una inutile nefropessi, fu dai curanti ammesso che la sindrome dolorosa addominale fosse da proiezione radicolare e l'herpes sintomatico di una neuroganglionite; e, vista dai primi clinici e neurologi di Europa, ricevette diagnosi le più diverse, dalla neurosi alla epidurite. In base anzi a quest'ultima diagnosi, fu sottoposta a un secondo intervento operatorio, in cui fu praticato una laminectomia, ma senza alcun risultato. Io sospettai invece che si trattasse di una duplice sindrome: da un lato il ricorrente zoster sacrale da ganglioneurite, e dall'altro, a sè stante, la sindrome addominale, forse aderenziale; e il prof. Busi vide radiologicamente la colecisti deformata nel suo mezzo a baionetta, con svuotamento lento e fondo fisso, il coledoco strozzato a metà circa del suo decorso e sopra la strozzatura dilatato, e — fatto del tutto insolito — opacizzazione anche dell'epatico, che appariva dello stesso calibro del coledoco, per evidente fenomeno di stasi da ostacolo a valle. Fu così precisato il concetto di aderenze della vescichetta biliare e del coledoco con parziale stenosi di quest'ultimo, e, anche per irregolarità apparse a carico dell'appendice, fu avanzato giudizio di sindrome adesiva periviscerítica da appendicite, e cioè di sindrome dell'addome destro, responsabile delle gravi sofferenze addominali della paziente, fino allora rimaste oscure nel loro determinismo, perchè attribuite a torto a fatti di radiculite da non dimostrata epidurite. E il professor Puccinelli, aperto l'addome, trovava infatti una grave periviscerite dell'addome destro, diffusa, con appendicite cronica; e praticava appendicectomia, colecistectomia e viscerolisi, con il che la malata era definitivamente liberata da sofferenze, che da anni la tormentavano e che avevano deviato il diagnostico dei migliori clinici d'Europa.

Nell'altro caso si trattava di un diabetico, cui era stata fatta diagnosi di ulcera gastrica consociata. Però, rifacendo bene lo storia e a fondo studiando il malato, venni piuttosto nel concetto che, anzichè di ulcera, si dovesse trattare di colecistite; e l'esame radiologico faceva infatti constatare fatti di colecistite e pericolecistite e di periduodenite, con ansa duodenale ampiamente svolta, come per ingrossamento della testa del pancreas. Non si trattava forse quindi nemmeno di un diabete comune, potendosi supporre che un'antica calcolosi biliare, attraverso la pericolecistite e la periduodenite, avesse dato una pancreatite cronica e diabete sintomatico: filiazione di fatti morbosi, che si mostrò prima logica e poi vera, quando attraverso l'intervento operatorio i fatti affermati furono esattamente confermati, e quando altresì all'intervento, in capo a tre mesi circa, anche è seguìta la guarigione della sindrome diabetica.

Del resto, a dimostrare quali sindromi complesse e gravi si possano ordire in via aderenziale, basti ricordare il caso che avete seguito tutti in questi ultimi tempi in corsia uomini, invero singolare per il silenzio di ogni sintomatologia subbiettiva. Trattavasi di un uomo di 52 a., che, senza alcun precedente morboso e senza alcun disturbo o dolore di sorta passato o presente, nel corso di pochi giorni, or è un anno, si fece itterico, e tale stabilmente rimase, finchè da due settimane, sempre in completo silenzio di sintomi e in apiressia, si aggiungeva rapida e cospicua ascite trasudativa. Alla necroscopia il prof. Sotti trovava una doppia ulcera duodenale con segni di periduodenite e gravi ed estesi fatti adesivi e fibrosi del crocicchio sottoepatico con imbrigliamento e stenosi cicatriziale del coledoco e della porta, oltre a particolari alterazioni epatiche forse in relazione con l'ostacolo portale che si era rapidamente costituito.

E molti altri casi potrei citare, con storie cliniche le più dolorose, specialmente allorquando — come in una ammalata vista a Trieste col prof. Mann — nonostante ripetuti interventi operatori con varie ectomie e ricostruzioni e viscerolisi, sempre nuovi fatti adesivi si formano con rapida ripresa della più tormentosa ed esasperante sintomatologia.

Voglio da ultimo ricordarvi, alquanto dettagliatamente, un caso che è stato ricoverato nella nostra Clinica l'anno scorso ed ora a noi è ritornato; caso che, per aver noi avuto l'opportunità di seguirlo sia indirettamente sia direttamente in questo frattempo, si presenta particolarmente interessante e meritevole di esposizione, anche se un dettagliato commento diagnostico non mi è consentito dall'ora tarda.

Si tratta di una donna di 35 a., domestica, nubile, da Roma, che molti di voi ricorderanno perchè formò oggetto di una lezione clinica l'anno scorso. Nulla di importante nella sua anamnesi famigliare e fisiologica. All'età di 3 a. la p. ammalò acutamente con febbre elevata, forse accompagnata da un esantema, e convulsioni, cui fece seguito l'instaurarsi di una paraplegia, di tipo flaccido, che tale permase per ben 4 anni, in capo ai quali l'ammalata avrebbe, a quanto ella depone, riacquistato improvvisamente l'uso pieno dei suoi arti inferiori, che nel frattempo non s'erano affatto atrofizzati nè deformati. A parte questo episodio, di cui impossibile ci è stata la ricostruzione dettagliata e ardua conseguentemente ne appare l'interpretazione retrospettiva, si può dire che l'anamnesi patologica della paziente si identifica con la sindrome morbosa che l'ha condotta a noi. Verso la metà di febbraio del 1930 l'a., in pieno benessere, fu colta da dolore vivo, a pugnalata, nel quadrante inferiore destro dell'addome, vomito, meteorismo, elevazione termica di scarsa entità, chiusura dell'alvo per qualche ora ai gas e alle feci; non disuria. La colica durò poco più di 24 ore, poi si attenuò e scomparve. Per 3 mesi successivamente persistettero dolori leggeri, sordi al quadrante inferiore destro dell'addome, senza particolari irradiazioni, esacerbantisi al più piccolo disordine dietetico, con febbricola, astenia, dimagrimento, anoressia, talora conati di vomito e vomito alimentare; alvo in genere regolare.

Nel maggio successivo improvvisamente, una notte, dolore vivo, a trafittura, sempre in corrispondenza del quadrante inferiore destro dell'addome, con intensa eco dolorosa a sinistra, quasi simmetricamente, accompagnantesi a vomito alimentare, meteorismo, febbre abbastanza elevata, disuria con pollachiuria. I dolori, che facevano contorcere l'ammalata sul letto, richiesero la somministrazione di oppiacei. Dopo 5-6 giorni di degenza a letto l'ammalata s'alzò, sempre sofferente con quella sintomatologia che prima abbiamo descritto. Nel luglio successivo, essendosi verificato un terzo attacco, sovrapponibile ai precedenti, fu ricoverata d'urgenza in una casa di cura e operata d'appendicectomia; l'ammalata ricorda che le fu riferito trattarsi di un'appendice lunga, discendente nello scavo fino a prender contatto con l'ovaia di destra, con segni di flogosi anche periappendicolare. Guarì per primam, senza che fossero lasciati in posto drenaggi, e fu dimessa in capo a 13 giorni. Ritornata a casa, persistettero una febbricola prevalentemente serotina, dolenzia sorda al quadrante inferiore destro dell'addome, più o meno accentuata, esacerbantesi specialmente in coincidenza coi periodi mestruali (spesso dolori al basso ventre bilateralmente con flusso abbondante) anoressia, astenia. Nel dicembre del '30, perdurando le condizioni dette sopra, insorse un nuovo episodio acuto: improvvisamente dolore vivo, a trafittura, in corrispondenza della regione lombare destra, con irradiazioni al quadrante inferiore destro dell'addome, vomito, elevazione termica, disturbi della minzione e, repentinamente, anuria. Nel giro di tre giorni più volte si ripeterono le coliche, sempre tanto intense da richiedere somministrazione di morfina; fu necessario altresì praticare un cateterismo vescicale per svuotare un notevole « tumore » vescicale. Fu riscontrato nell'orina un reperto di cistite acuta (B. K. assenti) e l'ammalata venne curata in relazione con tale diagnosi. Da allora, ad intervalli irregolari, dolori a sede lombare destra con irradiazioni anteriormente e in basso ritornano, talora accompagnandosi e talora alternandosi coi dolori sopraddetti a sede nel quadrante inferiore destro dell'addome. Appetito abbastanza buono, alvo in genere regolare; sempre, a detta dell'ammalata, febbricola modica, ben tollerata. Dal novembre 1931 s'è aggiunto un dolore all'ipocondrio destro, che s'esacerba talora parossisticamente, e non sempre in coincidenza colla restante sintomatologia dolorosa, ed allora ha irradiazioni posteriormente e alla spalla destra e s'accompagna a brividi, raramente a vomito, non ad ittero o subittero, non ad emissione di feci scolorate ed orine scure: accessi dolorosi che durano 3-4 ore e s'attenuano con applicazioni calde e con somministrazione di oppiacei. Malgrado tutto ciò, le condizioni generali non erano al momento del primo ingresso in Clinica molto scadute; l'appetito era abbastanza conservato, l'alvo e la minzione regolari. Noi trovammo una donna con note di nanismo ed altre dismorfie costituzionali, su cui credo opportuno ora sorvolare, in condizioni generali discrete; psichicamente normale, senza segni di sovrastrutture funzionali di nessun genere. L'esame obbiettivo, in riassunto, ci dimostrò: nulla di importante al capo, all'apparecchio respiratorio e al centro circolatorio; addome globoso, segnato da una cicatrice in sede mediana sovrapubica, occupante i due terzi circa della linea ombellico-pubica, lineare, regolare, ricoperta da cute pressochè normale, non aderente ai piani sottostanti. Dolente la pressione nella regione sovrapubica, nell'ipocondrio destro, nel quadrante inferiore destro dell'addome. Il cieco si palpava talvolta intasato, più o meno dolente; il margine epatico affiorava all'arco, regolare, di consistenza normale, non particolarmente dolente, mentre il margine superiore appariva nei limiti; la milza pure nei limiti; non reperto di masse abnormi, non contratture della parete. La pressione profonda nella regione lombare destra destava vivace dolore, senza che vi corrispondesse reperto palpatorio anormale; soltanto l'angolo costo-vertebrale appariva a destra più accentuato che a sinistra e il suono percussorio più alto da questa parte che dalla parte opposta.

Degli esami collaterali, essendo gli altri (sangue, orine, chimismo gastrico, sondaggio duodenale, esame ginecologico) normali, mette conto di riferire in dettaglio soltanto l'esame radiologico dell'apparato digerente, il quale ha dato: scarsa spostabilità gastrica nei vari passaggi di posizione, forma del viscere ad uncino, molto ristretto per abnorme fissità del tratto piloro-bulbare in alto, il che determina un rallentamento dello svuotamento gastrico. Il bulbo duodenale inoltre si presenta piccolo, irregolare, spinoso, dolente alla pressione; la seconda porzione è assottigliata nel primo tratto e priva di immagini di valvole conniventi, attratta in alto e a destra, mentre le rimanenti parti del duodeno appaiono normali. Nel tratto del tenue più distale si osservano numerose anse ravvicinate, fisse, dolenti alla pressione, assottigliate; assottigliata sopratutto è l'ansa terminale, angolata verso il cieco, dal quale si separa difficilmente con la palpazione e provocando dolore. Cieco fisso; angolo colico destro alto, fisso, spostato nettamente verso la linea mediana, ravvicinatissimo al bulbo duodenale e insinuato fra questo e l'immagine colecistica. L'inizio del tra-

sverso fa una curva strettissima, ad angolo acuto, fra il primo tratto, volto verticalmente dall'alto in basso, e il successivo, obliquo in alto ed a sinistra. Stasi destra (dopo 24 ore trasverso e discendente ancora vuoti).

Colecistografia: l'ombra della colecisti non si apprezza prima di somministrare la sostanza di contrasto; la tetrajodo la opacizza normalmente; riempimento e vuotamento normali; non ombre patologiche visibili.

Durante la degenza in Clinica, protrattasi per più di un mese, la p. ebbe sempre febbricola irregolare, con accentuazioni fino ad un massimo di 38°,6 in coincidenza col periodo mestruale; dolori pressochè continui nel quadrante inferiore destro dell'addome, non in stretta relazione coi pasti, esacerbatisi pure in coincidenza col periodo mestruale suddetto, durante il quale si verificarono altresì due crisi dolorose a breve intervallo l'una dall'altra, con dolori acuti in regione lombare destra, irradiantisi anteriormente e in basso, della durata di qualche ora. Fu posta diagnosi di periviscerite adesiva destra. Furon fatte applicazioni diatermiche, bagni salso-jodici, cura ricostituente; l'a. uscì dalla Clinica press'a poco invariata. Successivamente, essendosi le coliche con il tipo già descritto ripetute con particolare violenza, l'ammalata veniva studiata specialmente dal punto di vista urologico: ed era messa in evidenza con la pielografia ascendente una lievissima dilatazione dei calici superiori del rene destro; non ombre riferibili a calcoli opachi ai raggi; immagini renali normali per forma, sede e grandezza. Fu messa altresì in evidenza una dodicesima costola dorsale destra, abnormemente lunga 8 cm. circa. Fu eseguita: lombotomia obliqua destra; resezione della costola; estrinsecazione del rene, presentante segni di perinefrite; decapsulazione; sezione di un vaso anomalo polare inferiore; riposizione del rene. Il curante dott. Lauricella ci informò che durante l'intervento, aperto il peritoneo, furono constatati segni di periviscerite del crocicchio sotto-epatico. La ferita guarì per primam, e l'a. in capo ad una quindicina di giorni dall'operazione era dimessa apparentemente migliorata; in seguito però ricomparivano i dolori, le coliche coi caratteri già tante volte descritti, e attualmente l'a. è ritornata in clinica da noi, per l'esacerbarsi della sintomatologia suddetta. Il processo periviscerítico, svolgentesi in profondità e forse estesosi, alimenta tuttora la sindrome morbosa rimasta immodificata, come spesso in queste forme interviene, anche dopo questo secondo intervento operatorio.

Ritornando infine alla nostra ammalata, oggi in discussione, e qui presente, il primo intervento praticato su di essa ebbe per obbiettivo lo stomaco o il duodeno: nessuna lesione intrinseca sembra sia stata allora trovata, e si procedette forse solo a una parziale viscerolisi. In seguito la colecisti venne aggredita e si trovò un processo di colecistite alitiasica e forse di pericolecistite; la colecisti fu asportata, ma le sofferenze continuarono. Se con i concetti moderni fin dal primo intervento fosse stata esplorata l'appendice — e in questo caso ve ne era anche l'indicazione e sarebbe stato provvidenziale — la si sarebbe molto probabilmente trovata ammalata: l'apice dell'appendice, che appare radiologicamente tirato in alto e fisso, ci documenta ora, quale potè essere stato il *primum movens* del processo flogistico. Certo qui l'appendicite lenta vi fu, e da questa si può risalire al conglutinamento del crocicchio sottoepatico, alla periviscerite sottoepatica adesiva che la radiologia tuttora ci documenta, a spiegare il tipo e la continuità delle sofferenze. Qui c'è stata inoltre un'annessite, probabilmente specifica, e il dato è importante, perchè sappiamo quanto simili lesioni possano essere suscitatrici di aderenze; ma l'annessite e l'intervento demolitore, su di essa praticato, furono a sinistra.

La colecisti fu tolta, dicevamo, e le coliche a tipo epatico durano tuttora. Non è evento raro che i colecistectomizzati continuino ad avere coliche epatiche, e l'abbiamo già detto. Talvolta si tratta di calcoli trasmigrati nel coledoco — possibilità nel caso nostro da escludersi — o di vivaci e più o meno durevoli spasmi dello sfintere dell'Oddi o di calcolosi intraepatica successivamente stabilitasi, (evento rarissimo); talvolta di aderenze strangolatrici, rimaste in situ; altre volte sono coliche indipendenti da lesioni intrinseche del fegato e delle vie biliari: false coliche epatiche, che hanno la veste di coliche epatiche, ma non ne hanno l'essenza; espressione di riflessi viscero-viscerali, a punto di partenza in genere dall'appendice infiammata, vere sintonie patologiche, come il Solieri le chiama. D'onde si vede quanto sia spesso difficile, nel caso singolo, dal complesso dei sintomi risalire a una precisa interpretazione patogenetica.

Ad ogni modo, che qui vi sia stata una sindrome di periviscerite adesiva diffusa all'addome destro, e specialmente sotto-epatica, a punto di partenza dall'appendice cronicamente infiammata, con colecistite comitata, e cioè sindrome dell'addome destro, mi pare affermabile. La colecisti venne asportata, ma la sindrome morbosa periviscerítica permane.

Se questa la diagnosi, quale la cura?

Cura medica: regime appropriato, trattamento sintomatico delle manifestazioni dispeptiche, applicazioni idroterapiche (bagni salsojodici), elioterapia, e specialmente diatermia, ecc.; tutto questo potremo fare nel caso speciale senza attendercene molto.

Cura chirurgica: alla viscerolisi, di per sè presa, io non sono molto favorevole, quando si tratti non di fatti circoscritti o limitati o di aderenze cordoniformi, ma di aderenze larghe, vaste, membranacee, poichè, non ostante la più accurata peritoneizzazione, l'intervento lascia spesso il tempo che trova, quando non è fonte di nuove aderenze. Qui va sopratutto praticata l'appendicectomia, giacchè con tutta probabilità l'appendice ammalata è stata la causa preminente che ha provocato e mantenuto la sindrome.

Prima di finire con questo caso, anche desidero dirvi brevissimamente di un'altra sin-

drome morbosa che la nostra ammalata presenta: mi riferisco ai ricorrenti periodi febbrili con fastigi talvolta cospicui, che s'accompagnano al riacutizzarsi di quelle lesioni a carico del sottocutaneo della regione glutea sinistra, che prima vi ho descritto. È utile farne cenno, perchè tale sintomatologia di più o meno periodici e distanziati ricorrenti episodii febbrili non di rado è oggetto di interpretazioni errate, quando l'attenzione non sia richiamata dal reperto locale. Di fronte al fatto febbrile, ricorrente, si pensa allora piuttosto a fatti suppurativi nascosti, a lesioni orinarie, ad affezioni prostatiche, a tonsilliti criptiche, ed eventualmente ad un linfogranuloma o ad una infezione maltese o al Sodoku ecc. ecc. Certo occorre sempre indagare ed escludere queste possibili cause; ma qualche volta tali febbri si ripresentano per anni ed anni, eppure hanno un'origine modesta, che non di rado passa inosservata. Si tratta di esiti di antiche iniezioni, per lo più in corrispondenza dei glutei e della faccia esterna delle cosce, mai completamente assorbite per materiale inadatto, e soggette a ricorrenti flogosi di natura chimica, non batterica. Io ho in osservazione casi nei quali ogni 3-5-6 mesi o più, da ben 10 o 15 anni, insorgono febbri, talvolta alte, intermittenti, che durano una o due settimane all'incirca, e nei quali tutta l'obbiettività è data da pochi noduli profondi, in una natica o nelle cosce, in genere indolenti o quasi, ma che ogni tanto si tumefanno — ed è allora che si hanno i periodi febbrili —, e al di sopra dei quali la pelle si fa rossa, violacea e si indurisce e si infiltra a corazza. Sono celluliti più o meno profonde, cui diamo il nome di elaiopatie, oleoscleromi, oleoconnettivomi o vaselinomi, che risalgono nella maggior parte dei casi al periodo della guerra, quando le soluzioni oleose di canfora venivano qualche volta preparate con olio di vaselina, donde la denominazione sopra indicata. Per essi si è anche invocato un terreno organico-costituzionale e persino una spiccata particolare sensibilità del foglietto mesodermico, a costituire una diatesi fibro-connettivale. Il reperto istologico è caratterizzato da un particolare tessuto di granulazione, che mostra note di flogosi per la presenza di focolai nodulari con fibroblasti e cellule giganti ed accumuli linfocitarî; nel mentre si distingue da certe neoplasie fuso-giganto-cellulari per particolari caratteri delle cellule fusate che si identificano con i fibroblasti, e perchè le cellule giganti sono elementi istiocitarî in funzione oleopessica (Businco). Sono quindi reazioni del connettivo a stimoli chimici abnormi; non suppurano mai. Per esse poco c'è da fare, se non applicazioni fredde locali (di acqua vegeto-minerale ad esempio); l'importante è di non errare di diagnosi e di non essere tratti, dai sintomi generali talvolta imponenti, fuori di strada.

# LAVORI ORIGINALI

REPARTO DI PATOLOGIA DIGESTIVA E DIETETICA DEGLI OSPEDALI DI ROMA.

diretta dal Prof. P. ALESSANDRINI.

## La diastasi pancreatica nello stato gravidico

per il Dott. VINCENZO MARZETTI.

Mentre esiste una ricca letteratura sulla funzionalità epatica in gravidanza, scarse sono le ricerche sull'attività pancreatica. L'attenzione è stata specialmente rivolta sulla secrezione interna del pancreas e sui valori della glicemia in rapporto alla gravidanza e nel travaglio di parto: non esistono invece ricerche atte a svelare quella parte della funzione pancreatica che ha rapporto indiretto con l'insulinemia e sopratutto ricerche sulla diastasi.

La ricerca dei fermenti pancreatici sopratutto lipasi e diastasi ha assunto recentemente un'importanza notevole per quel che si riferisce alla clinica delle funzioni pancreatiche, importanza maggiore di quella che può darci lo studio delle secrezioni esterne mediante il prelevamento del succo duodenale e con lo studio delle feci.

Oggi si va facendo sempre più strada il concetto che accanto alle gravi sindromi pancreatiche quali la clinica ci aveva insegnato, esistono lievi alterazioni funzionali che solo l'esame dei fermenti può rivelarci, alterazioni che sono frequenti e sono l'appannaggio quasi costante di ogni alterazione funzionale epatica oltre che di altre malattie.

È merito del Wohlgemuth di aver richiamato l'importanza dei fermenti pancreatici nell'orine. Però in seguito Katsch ha dimostrato che vaste oscillazioni in casi di malattie pancreatiche si rilevano dallo studio della diastasi del sangue anche quando a rene sano con il metodo di Wohlgemuth non risultavano alterazioni e le feci erano perfettamente normali. Per conseguenza la maggiore importanza è stata data allo studio dei fermenti pancreatici nel sangue, come per il diabete ha assunto la maggiore importanza la determinazione dello zucchero nel sangue più che la ricerca dello zucchero nelle orine che ci dà un'idea solo approssimativa del grado di alterazione del ricambio degli zuccheri, giacchè le modificazioni della soglia renale possono molto alterare lo studio del processo morboso e delle sue oscillazioni. Lo studio nelle ori-

ne dei fermenti pancreatici che versati nell'intestino vengono riassorbiti nel sangue ed eliminati con le orine troverebbe un'altra causa di errore nello stato gravidico dove è frequente un grado più o meno lieve di alterazione funzionale del rene.

Era perciò indispensabile rivolgere lo studio sul comportamento della diastasi pancreatica nel sangue. È un fatto ben stabilito che i massimi valori della diastasi e della lipasi pancreatica si hanno nelle occlusioni totali o parziali del dotto pancreatico come nella calcolosi pancreatica e nella pancreatite. Però modificazioni del contenuto in fermenti nel sangue si hanno in ogni caso in cui esiste un disturbo anche di lieve grado o in eccesso o in difetto della secrezione esterna del pancreas. Elman nel suo studio sulla amilasi del sangue in relazione con le affezioni del pancreas ha trovato la amilasi del sangue normale quando gli acini della glandola sono normali, deviazioni in più o in meno quando il pancreas è malato, ricercando su venti casi di cui quattordici hanno avuto un riscontro anatomico sia all'operazione sia all'autopsia.

Anche noi abbiamo rivolto la nostra attenzione sulla sola diastasi pancreatica perchè il metodo di ricerche della diastasi è più semplice e meno soggetto ad errori. Confrontando i risultati della diastasi con i valori della glicemia possiamo studiare i rapporti reciproci tra funzione interna ed esterna pancreatica nei rapporti della utilizzazione degli idrati di carbonio. Abbiamo pertanto esaminato dal punto di vista dei valori glicemici e della diastasi 15 donne gravide a varie epoche di gravidanza in gran prevalenza perfettamente sane, mai glicosuriche, confrontando in 9 di esse i valori prima e dopo il parto.

Per lo studio della glicemia ci siamo serviti del metodo di Hagedorn che è il metodo che fra gli altri dà i valori più esatti. Descriviamo brevemente la tecnica, rimandando al trattato di Rondoni per i particolari e gli speciali accorgimenti.

In una provetta si mette un cmc. di soluzione n/10 di NaOH e 5 cmc. di soluzione di solfato di zinco 0,45 %: si ha un precipitato gelatinoso di idrossido di zinco: si mette 1 decimo di cmc. di sangue, estratto a digiuno o mediante puntura capillare o mediante puntura venosa e reso incoagulabile con aggiunta di piccola quantità di cloruro di sodio, si mette la provette in bagnomaria per 3 minuti. Le proteine formano ora dei fiocchi grossolani in un liquido limpido. Filtrando si ottiene un liquido chiaro senza traccia di proteine. Si aggiungono ad esso 2 cmc. di soluzione di ferricianuro di potassio (acqua distillata cmc. 1000, ferricianuro di potassio gr. 1,65, carbonato di sodio anidro gr. 10,6). Bagnomaria per 15 minuti; si lascia raffreddare e si aggiunge la soluzione di ioduro=solfato di zinco (KI gr. 5, $ZnSO_4$ gr. 10, NaCl gr. 50, $H_2O$ fino a 200 cmc.) nella quantità di 3 cmc., più 2 cmc. di soluzione acetica al 3 %, due goccie di soluzione di amido, come indicatore (1 gr. di amido in 100 gr. di soluzione acquosa satura di NaCl): poi si titola con la soluzione di iposolfito n/200. Una tabella dà modo di calcolare dal valore dell'iposolfito così corretto il glucosio in mgr.

In compendio, il metodo è basato sulla ossidazione dello zucchero per mezzo del ferricianuro di potassio che ha il vantaggio di non riossidarsi facilmente una volta ridotto dallo zucchero. Si usa il ferricianuro in eccesso: poi si determina il ferricianuro residuo, non ridotto dal glucosio, in base alla reazione che esso dà con acido ioditrico (come ioduro): la titolazione dello iodio liberato, si basa sulla reazione dollo iodo con l'iposolfito sodico, il consumo di iodio essendo segnalato dalla scomparsa dei color bleu in presenza di salda d'amido.

Per la ricerca della diastasi, ci siamo serviti del metodo di Katsch che si pratica nel modo seguente: prelevamento di sangue come per il metodo precedente; riguardo all'uso del fluoruro di sodio una quantità eccessiva di fluoruro potrebbe ostacolare l'azione dei fermenti, con il risultato di avere artificialmente dei valori più bassi. Viceversa le piccole quantità di fluoruro non alterano i risultati, come abbiamo riscontrato prelevando il sangue con fluoruro e senza. Per nostra comodità abbiamo prelevato il sangue mediante puntura venosa con l'aggiunta di fluoruro seguito da immediato invio dei campioni di sangue in laboratorio e inizio delle ricerche. Ci siamo serviti delle donne della maternità di S. Spirito, sia ricoverate sia provenienti dall'ambulatorio. Per i fermenti si preparano tante provette quanti sono i campioni di sangue da esaminare, con 2 cmc. di soluzione al 0,3 % di glicogeno e si aggiunge 1/10 di cmc. di sangue: una provetta con solo glicogeno serve come controllo. Permanenza in termostato per 2 ore. In questo periodo la diastasi presente nel sangue trasforma il glicogeno in glucosio il cui valore viene ricercato con il metodo di Hagedorn, e perciò seguendo le stesse modalità descritte sopra. Unica differenza è l'aggiunta di 4 cmc. di ferricianuro invece di 2, tenendone naturalmente conto nella lettura della tavola. Al valore ricavato

| N. progres. | NOME | anni | parità | epoca di gravidanza | glicemia ‰ | diastasi pancr. ‰ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | S. C. | 22 | 1para | A termine | 1.01 | 3.20 |
| 2 | M. N. | 26 | 1para | A termine | 0 93 | 2.80 |
| 3 | L. M. | 22 | 4para | A termine, in travaglio | 1.27 | 1.91 |
| 4 | S. T. | 32 | 2para | A termine, in travaglio | 1.08 | 3.45 |
| 5 | C. F. | 24 | 1para | Oltre il term. | 1.34 | 2.89 |
| 6 | S. A. | 33 | 3para | A termine, in travaglio | 1.06 | 2.68 |
| 7 | S. L. | 31 | 1para | A termine | 1.08 | 2.76 |
| 8 | A. L. | 29 | 1para | A termine, in travaglio | 1.34 | 3.56 |
| 9 | M. L. | 35 | 10para | A termine, in travaglio | 1.08 | 1.58 |
| 10 | B. A. | 25 | 3para | A termine, in travaglio | 1 02 | 3.08 |
| 11 | O. G. | 27 | 3para | A termine, in travaglio | 1.13 | 2.23 |
| 12 | C. A. | 29 | 1para | A termine | 1 27 | 2.42 |
| 13 | S. T. | 25 | 1para | Presso il termine | 1.01 | 2.29 |
| 14 | C. P. | 22 | 1para | A termine | 1 06 | 2.04 |
| 15 | S. R. | 27 | 1para | A termine | 1 19 | 4 |
| 16 | R. C. | 24 | 1para | A termine, in travaglio | 0.88 | 2.03 |
| 17 | Z. M. | 21 | 1para | A termine, in travaglio | 0. 92 | 3.11 |
| 18 | P. M. | 28 | 2para | Presso il termine | 0.93 | 2.62 |
| 19 | B. M. | 26 | 2para | A termine | 1.19 | 2.74 |
| 20 | B. B. | 32 | 2para | Presso il termine | 0.86 | 2.42 |
| 21 | B. L. | 30 | 3para | A termine | 1.01 | 1 58 |
| 22 | C. V. | 38 | 9para | A termine | 0.88 | 2.46 |
| 23 | L. G. | 21 | 2para | A termine | 0 97 | 2.43 |
| 24 | M. G. | 28 | 1para | A termine, in travaglio | 1.19 | 5.58 |
| 25 | T. T. | 24 | 2para | A termine, in travaglio | 1.17 | 3.12 |
| 26 | P. T. | 36 | 6para | III m., iperemesi | 0.95 | 4.25 |
| 27 | C. E. | 26 | 2para | III m., aborto febbrile | 1.17 | 2.34 |
| 28 | B. E | 24 | 2para | IV m. | 1.02 | 2.48 |
| 29 | G. E. | 25 | 3para | V m., minaccia di ab. | 1.25 | 1.90 |
| 30 | P. A. | 24 | 3para | V m. | 1.08 | 3.47 |
| 31 | F. A. | 26 | 3para | VI m. | 1.04 | 2 36 |
| 32 | S. M. | 22 | 3para | VII m., placenta pr. | 1 03 | 2.10 |
| 33 | M. I. | 25 | 1para | VII m. | 1.11 | 3.13 |
| 34 | E. M. | 36 | 3para | VIII m. | 1.08 | 2 78 |
| 35 | N. G. | 24 | 1para | VIII m. | 0.99 | 2.77 |
| 36 | B. G. | 22 | 1para | VIII m. | 1.04 | 4.29 |

| N. progr. s. | Nome | anni | parità | epoca di gravidanza | glicemia ‰ | | diastasi pancreat. ‰ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ante p. | post p. | ante p. | post p. |
| 37 | M. T. | 31 | 2para | A termine, in travaglio | 1.01 | 1.04 | 2.67 | 1.93 |
| 38 | P. Z. | 27 | 2para | A termine, in travaglio | 1.25 | 1.08 | 1.23 | 1.65 |
| 39 | S. G. | 29 | 1para | A termine | 1.08 | 0.99 | 2.60 | 1.50 |
| 40 | M. V. | 21 | 1para | A termine | 1.36 | 0.97 | 3.09 | 2.47 |
| 41 | M. G. | 33 | 3para | A termine | 1.08 | 0.86 | 3 50 | 2.79 |
| 42 | DiP.L. | 27 | 1para | A termine | 1.08 | 1.02 | 2.16 | 2.66 |
| 43 | R. A. | 25 | 1para | A termine | 1.06 | 0 95 | 3.68 | 2.86 |
| 44 | A. G. | 21 | 2para | A termine | 1.04 | 1.27 | 3.93 | 3.56 |
| 45 | P. L. | 26 | 3para | A termine | 1.31 | 1 02 | 1.90 | 1.38 |

dalla tavola va ancora sottratto il valore della riduzione del glicogeno nella provetta dove non è stato messo il sangue.

I valori medi riscontrati in individui normali da Katsch e Ottenstein, verificati anche dalla scuola di Alessandrini, si aggirano sui 150 mmgr. % in individui digiuni con piccole oscillazioni al di sopra e al di sotto.

In casi patologici, cone nell'occlusione pancreatica si possono avere valori altissimi fino a 700, 800 mmgr. come ha riscontrato anche il Dott. Lolli della scuola di Alessandrini che in 3 casi di occlusione delle vie pancreatiche ha ottenuto un valore massimo di 716.

Nel diabete si riscontrano spessissimo valori molto bassi sempre inferiori al 100, di modo che esiste un netto contrasto tra i valori della glicemia e della diastasi.

Per le malattie di fegato esistono oscillazioni della diastasi in più e in meno che possono spiegarsi con la partecipazione parallela o con fenomeni di compenso da parte del pancreas.

I dati degli autori che si sono occupati dei fermenti, dimostrano che nelle lesioni renali di notevole entità si ha un certo numero nei valori della diastasi, mentre non si hanno alterazioni nelle lesioni renali lievi.

Stabilito così lo stato attuale della questione, veniamo a riassumere brevemente i nostri risultati.

Dall'esame dei casi risulta prima di tutto come si possono avere in gravidanza normale valori glicemici piuttosto alti con cifre di 1,19 (caso 15) 1,19 (caso 19) 1,13 (caso 11) 1,11 (caso 33). Molto raramente i valori scendono sotto a uno.

Croci nel suo studio su 70 donne ha trovato come massimo, 1,17 con un valore medio di 0,62 per cui conclude che nella gravidanza normale non esiste iperglicemia. Però dati riportati da altri autori, riferiti dallo stesso Croci, danno cifre che si avvicinano alle nostre. Così il Bergsma ha trovato valori di un minimo di 0,7 a un massimo di 1,36; Mainoldi un minimo di 0,48 e un massimo di 1,23; Gruenthal un minimo di 0,45 e un massimo di 1,13. Le cifre diventano più alte quando la donna è in travaglio, tanto più alte quanto più deciso è il travaglio di parto, specie in periodo espulsivo. Il massimo che abbiamo trovato in donne in travaglio è stato di 1,36 (caso 40). Su 9 donne che sono state esaminate prima e dopo il parto, in 7 la glicemia si è notevolmente abbassata vicino e sotto a 1 a breve distanza dal parto. Conveniamo perciò con il Croci e con gli altri autori che in travaglio di parto notano una iperglicemia probabilmente in rapporto all'aumentato lavoro muscolare determinato dal parto stesso.

La seconda considerazione da fare è l'aumento della diastasi. Il valore medio della diastasi in individuo normale, secondo Katsch e Ottenstein è di 1,50. Noi in un caso di primipara a termine in travaglio di parto abbiamo trovato il valore di 5,58 (caso 24). Salvo queste punte massime, i valori sono compresi fra due e tre. Solo in 3 casi i valori sono stati 1,58 (caso 9) 1,58 (caso 21) 1,23 (caso 38), 2 gravide a termine e l'ultima in travaglio di parto.

Quale spiegazione dare all'aumento della diastasi? Si potrebbe pensare o a una iperproduzione di fermenti o a un'insufficienza renale o a uno ostacolo meccanico della gravidanza o a intervento del pancreas fetale.

Data quasi la costante assenza di lesioni renali — una sola donna presentava lieve albuminuria — e per le ricerche precedenti di Katsch, questo elemento non deve per noi esser preso in considerazione.

Ha molto valore l'iperproduzione dei fermenti, corrispondente a una aumentata attività del pancreas in gravidanza. Riguardo a un'iperproduzione di fermenti, sta l'appoggio degli studi fatti sul pancreas di animali e di donne gravide. Rosenloecher ha trovato le isole di Langerhans aumentate e allargate durante la gravidanza; anche il numero degli epiteli delle isole è aumentato. Il parenchima mostra cambiamenti degli epiteli e loro nuclei e un aumento nei granuli zimogeni. Così nel pancreas durante la gravidanza si verificano cambiamenti considerevoli nell'apparato insulare e nel parenchima. La massima attività si ha verso il periodo medio e la fine della gestazione.

Sulle 45 donne da noi prese in esame, 11 sono a varie epoche di gestazione dal 3° al l'8° mese: già al terzo mese troviamo un valore di 2,34 (caso 27), al quinto mese un valore di 3,47 (caso 30). Abbiamo detto che la media a termine di gravidanza varia da 2 a 3. Generalmente non possiamo dire che col progredire della gestazione aumentino di pari passo i valori della diastasi. Questi valori della diastasi sono più o meno alti nelle varie epoche di gravidanza e stanno a dimostrare l'aumentata attività del pancreas in gravidanza. Nella donna gravida al terzo mese (caso 26) affetta da iperemesi con un valore della diastasi pancreatica di 4,25, possiamo pensare che essendo il pancreas una glandola sul tipo delle salivari, l'attività delle glandole salivari messe in intensa funzione in occasione della iperemesi abbia provocato parallelemente una esagerata funzione del pancreas con una più notevole iperproduzione di fermenti.

Resta a dire dell'importanza che ha il fattore meccanico della gravidanza. Nel caso che ci ha dato il valore più alto 5,58 (caso 24) si trattava di una primipara a termine in travaglio con feto che è risultato essere di 4 kg. Si può pensare che l'aumento della pressione addominale possa in qualche modo ostacolare l'eliminazione dei fermenti e quindi favorire un più rapido assorbimento. Riguardo all'ultima ipotesi che il valore della diastasi nel sangue della gravida sia tenuto alto anche per opera della diastasi pancreatica del feto, è da ricordare che le diabetiche, mentre per solito peggiorano all'inizio della gravidanza, col

progredire di questa vanno incontro ad un notevole miglioramento che è stato per l'appunto spiegato come dovuto all'azione vicariante del pancreas fetale. Maggiore schiarimento lo potrà dare lo studio della diastasi pancreatica nel neonato. È certo che il valore della diastasi dopo il parto si abbassa. Nelle 9 donne che abbiamo esaminato prima e dopo il parto, questo comportamento è presente in 8, pure rimanendo il valore diastasico superiore alla norma. Possiamo pertanto ritenere che il valore della diastasi pancreatica nel sangue della donna gravida sia alto per iperproduzione di fermenti che coincide con lo stato anatomico del pancreas gravidico, per il fatto meccanico della gravidanza che ostacolando l'eliminazione dei fermenti ne favorisce l'assorbimento; in ultimo va considerata la possibilità del passaggio del feto alla madre della diastasi pancreatica fetale. La maggiore importanza riteniamo si debba attribuire alla iperfunzione del pancreas in gravidanza.

L'esame della funzione pancreatica potrà pertanto essere eseguito allo scopo di saggiare il potere digestivo e assimilativo degli idrati di carbonio della donna gravida e per svelare indirettamente alterazioni funzionali epatiche.

Conclusioni: Sperimentando con il metodo di Katsch in 45 donne gravide, a varie epoche di gravidanza, prima e dopo il parto, abbiamo potuto rilevare un aumento in gravidanza della diastasi pancreatica che riteniamo dovuto principalmente all'iperproduzione di fermenti per maggiore attività del pancreas: probabilmente esercita un'influenza anche il fattore meccanico della gravidanza e l'azione, attraverso la madre, del pancreas fetale.

Il metodo di Katsch ha valore, applicato alla donna gravida, per meglio conoscere le possibilità digestive della donna gravida in merito agli idrati di carbonio e per saggiare, in via indiretta, la funzione epatica che va parallelamente con la funzione pancreatica.

## RIASSUNTO.

L'A. in 45 donne gravide ha ricercato la diastasi pancreatica seguendo il metodo di Katsch: ha trovato che in gravidanza esiste un momento della diastasi, dovuto, per la massima parte, a iperfunzione pancreatica. Il fattore meccanico della gravidanza e l'azione del pancreas fetale attraverso la madre probabilmente concorrono a rendere alto il valore della diastasi pancreatica in gravidanza.

## BIBLIOGRAFIA.

Cantoni. *Della secrezione esterna del pancreas in gravidanza e in puerperio.* Folia Gynecologica, 1921, XIV.

Croci. *La glicemia nel campo ostetrico e ginecologico.* Stabil. tipogr. per l'amministrazione della guerra, 1923.

Antonelli. *Lo stato del pancreas in gravidanza.* Napoli, Tip. Perrotti, 1924.

Ferracciu. *Contributo allo studio della funzionalità pancreatica nella gravida.* Folia Gynecologica, 1926, fasc. 3.

Ostenstein. Biochim. Z., 1931, 350.

Peckham. *Diabete mellito e gravidanza.* Johns Hopkins Hospital, Bull., Baltimora, sett. 1931.

Elman. *L'amilasi del sangue in relazione con le affezioni del p.* Archives of Internal Medicine, novembre 1931.

Scarpitti. *Sulle alterazioni anatomiche e funzionali delle isole del Langerhans in gravide.* Ann. Ost. Gin., n. 12, 1932.

Giomelli. *Reazione iperglicemica insulinica in grav. e puerp.* Rass. Ost. Gin., 1932, V.

Rosenloecher. *Mutamenti nel pancreas durante la gravidanza nelle donne e negli animali.* Archiv. für Ginäkologie, nov. 1932, Berlin.

Jacono. *Secrezione esterna del pancreas nel diabete.* Policlinico, Sezione Pratica, 25 gennaio 1932.

Branisteanu-Bontroux. *Contributo allo studio dell'eliminazione dell'amilasi urinaria in diversi casi normali e patologici. Maladies de l'appareil digestif,* giugno 1933, n. 7.

P. Rondoni. *Elementi di biochimica.* Unione Tip. Editr. Torinese, 1933.

Levi. *Contributo allo studio dell'organo insulare in grav.* Ann. Ost. Gin., 1933, VI.

G. Katsch. *Diastase in Blut.* Münchener Mediz. Wochen., aprile 1934.

Wohlgemuth. Citato da Katsch nel lavoro *Diastasi nel sangue.*

# OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
Direttore: Prof. A. BUSINCO.

SANATORIO POPOLARE « VINCENZO CERVELLO »
Direttore: Prof. V. FICI

## Empiema putrido pneumotoracico e myiasi secondaria (*).

Dott. VIRGILIO MACCONE, assistente nel Sanatorio

Si è presentato recentemente alla nostra osservazione un caso, di cui non abbiamo trovato riscontro nella letteratura medica dei nostri paesi.

Si trattava di un infermo che, all'ingresso nel Sanatorio Popolare « Vincenzo Cervello », presentava un pneumotorace terapeutico sinistro per tubercolosi fibro-caseosa cavitaria del polmone omonimo, versamento pleurico pneumotoracico limpido, infiltrazione ulcero-caseosa del lobo superiore destro, laringite tubercolare secondaria, colite cronica, ed uno stato di tossiemia e di denutrizione di medio grado. La degenza dell'infermo in Sanatorio non ebbe altro risultato che il rallentamento del decorso evolutivo della malattia. In seguito, però, si ebbe ad osservare la trasformazione del versamento in empiema, con notevole aggravamento dello stato generale. Vennero quindi praticate due toracentesi con lavaggi medicati; però, malgrado si fossero adottati gli opportuni accorgimenti di tecnica, si assistette lentamente alla formazione, attraverso i due tragitti dell'ago da toracentesi, di due tramiti fistolosi. Questa nuova complicazione aggravò lo stato dell'infermo, perchè l'empiema divenne putrido, con ripercussione sulle condizioni generali fino all'insorgenza di un vero stato marantico. La terapia locale delle fistole (uso di paste bismutate, polveri assorbenti, ecc.), essendo rimasta del tutto inefficace, si procedette all'applicazione di due drenaggi di gomma, chiusi da pinze di Mohr, attraverso i quali si intendeva praticare l'aspirazione del liquido purulento dal cavo pleurico. In quest'occasione si videro uscire dalle fistole numerosi vermiciattoli biancastri della lunghezza di circa mezzo centimetro, con una estremità appuntita, nera. Si ebbe allora il sospetto di una forma di parassitosi intestinale, la quale avesse potuto giungere al cavo pleurico per diverse vie: la esterna, per contatto di materiale infetto; la interna, per via retrograda, attraverso il canale digerente e tracheo-bronchiale. Ma un accurato esame delle feci, diarroiche, non mise in evidenza che muco, misto con pus e con sangue, in cui erano assenti l'ameba, anche nella forma incistata, ed ogni altra forma parassitaria, mentre erano abbondanti i bacilli di Koch.

L'indirizzo diagnostico ci venne dato dal prezioso appoggio del prof. Businco, direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica, che riconobbe in quei parassiti delle larve di mosche e ci consigliò di proseguire le ricerche, trattandosi di un caso poco frequente nella patologia nostrana. Il giorno successivo, alla prima osservazione, abbiamo trovato che i tragitti fistolosi erano alquanto aumentati di diametro. Questo fatto sempre più si accentuò nei pochissimi giorni di vita dell'infermo. Su altri campioni di larve, che si dimostrarono di varie dimensioni, da due fino a otto millimetri, abbiamo potuto in seguito riconoscere i caratteri particolari e differenziali della specie di dittero che aveva determinato l'infestione. Si trattava di larve di Chrysomyia, grossa mosca, di cui le varietà che allignano in Europa sono caratteristiche per il colore verde metallico dell'addome. Una indiretta conferma che si trattasse di tale infestione l'abbiamo ricavato dal fatto che, durante una medicazione, abbiamo osservato posarsi, in vicinanza degli orifici esterni delle fistole, una grossa mosca dall'addome verde scintillante, che però ci fu impossibile catturare. L'infermo venne a morte prima che potessimo intervenire con un tentativo di cura dell'infestione.

L'autopsia, eseguita presso il R. Istituto di Anatomia Patologica, confermò pienamente il quadro clinico. Trascriviamo, del reperto autoptico, solo ciò, che più interessa, in riguardo alle lesioni a carico dei polmoni e delle pleure: « In corrispondenza della parte inferiore e laterale dell'emitorace sinistro si nota la presenza di due ulcere lineari, dirette nel senso delle coste, saniose, comunicanti col cavo pleurico, da cui fuoriesce del muco-pus, misto al quale sono numerosissimi vermi biancastri, di piccole dimensioni, a testa appuntita, nera... All'apertura del cavo pleurico, si nota la presenza di abbondante liquame più o meno consistente, di aspetto in parte caseoso, in parte purulento, alla cui superficie stanno altri vermi dello stesso aspetto dei precedenti. Il polmone è diminuito di volume e respinto nella doccia vertebrale corrispondente. La pleura è ispessita, di aspetto caseoso; nella parte alta del cavo si rileva come una vasta zona di essa sia disfatta, determinando una erosione del parenchima polmonare aperta nel cavo pleurico. Alla superficie di taglio del polmone, i due terzi esterni del viscere appaiono trasformati in una massa omogenea, di aspetto distintamente caseoso (e più nelle porzioni inferiori che nelle superiori). Il resto del polmone, in vicinanza dell'ilo, si presenta atelettasico ed indenne (almeno macroscopicamente) da lesioni caseose, che si arrestano con un margine netto. Sinechia pleurica totale destra. In corrispondenza del lobo superiore del polmone, caverne concamerate; focolai di broncopolmonite sparsi negli altri lobi. Ghiandole ilari di ambedue i polmoni iperplasiche con focolai di caseosi... ».

La diagnosi anatomica fu la seguente: Tubercolosi cronica cavernosa del polmone destro e pleurite cronica adesiva totale. Polmonite caseosa sinistra con ampia lacerazione parenchimale superficiale ed empiema caseoso purulento con fistole pleuro-parietali e myiasi pleurica corrispondente. Linfoadenite tubercolare caseosa delle ghiandole linfatiche degl'ili polmonari e del mesentere. Laringite tubercolare a tipo prevalentemente proliferativo. Enterocolite ulcerosa tubercolare. Miocardosi. Nefrosi. Epatosi. Marasma tubercolare.

Gli antichi conoscevano già che larve di mosche possono vivere come parassite sul corpo

---

(*) Comunicazione alla Sez. Reg. Siciliana della Fed. Naz. Fasc. per la lotta contro la tubercolosi, seduta del 25 luglio 1934-XII, in Palermo.

dell'uomo e ne avevano anche tratto partito pei loro raffinati supplizi. Plutarco racconta che i re di Persia facevano ungere col miele i loro condannati, esponendoli al sole, perchè fossero divorati vivi dalle larve di mosche. Mitridate, così giustiziato, visse novanta giorni in tali strazi.

Le larve dei ditteri determinano nell'uomo quadri clinici ormai noti. Esse lo infestano con parassitismo facoltativo od obbligato (secondo che esso sia o non necessario al loro ulteriore sviluppo), agendo per mezzo di secrezioni che liquefanno e necrotizzano i tessuti. Le larve a parassitismo obbligato producono la myiasi cutanea, quelle a parassitismo facoltativo la myiasi cavitaria e quella intestinale.

Tralasciamo di occuparci della prima forma nei suoi molteplici aspetti clinici, riservandoci di considerare più particolarmente i casi di myiasi con sviluppo sulle piaghe o nelle cavità naturali. Per ordine di frequenza, la più importante localizzazione di queste ultime è quella delle fosse nasali, in cui le larve causano dapprima forti pruriti con tumefazioni locale, che tente a diffondersi a quasi tutta la faccia, poi veri dolori insopportabili e cefalea sottoorbitale. L'irritazione apportata dai violenti morsi delle mandibole delle larve sulla pituitaria provoca frequenti sternuti, e, per le lesioni dei vasi, epistassi, anche copiose ed infrenabili; si ha scolo delle narici di un liquame siero-sanguinolento, fetido. Se le larve passano dalle coane nel faringe, il malato accusa dolori alla gola; se invadono anche i seni frontali, e di lì, erodendo il tavolato interno della teca cranica, attaccano le meningi, si hanno gravi turbe riflesse, quali convulsioni, vertigini, alterazioni visive, veri sintomi meningitici; talora perfino si ha la perdita della parola e dell'udito. Questo quadro è proprio di tutti i paesi, ma particolarmente di quelli caldi, a causa della maggiore attività dei ditteri nelle zone tropicali.

Contrariamente a questa forma clinica, che può riscontrarsi in individui precedentemente sani, la myiasi del condotto uditivo pare che intervenga solo in pazienti colpiti da varie affezioni auricolari. La conferma di ciò si avrebbe nelle ricerche sperimentali di Brumpt nel coniglio, nella cavia, nel topo, ecc., con larve di diverse specie di Calliphora, Sarcophaga, Lucilia. Nell'uomo anche questa localizzazione provoca dolori intollerabili, vertigini, vomito, convulsioni, aumento dello scolo puriforme dell'orecchio colpito. In qualche caso, perforata la membrana timpanica, le larve invadono le cavità dell'orecchio medio e della mastoide, il seno giugulare, le meningi. Può così aversi la morte in mezzo a sofferenze atroci.

La myiasi oculare è una localizzazione raramente isolata; infatti per lo più si presenta come una complicazione della forma nasale; delle larve passano attraverso i seni mascellari nell'orbita, attaccando il globo oculare. Le larve di certe Calliphora e Sarcophaga, specialmente di Wholfahrtia (Fieberger) producono congiuntivi acute dolorossissime; ulcerando talora la mucosa, determinano la fusione purulenta dell'occhio.

L'infestione delle vie urinarie può essere prodotta dalla Anthomyia canicularis (in qualche caso perfino dalla Musca domestica). Le larve, schiuse da uova deposte sul meato urinario, risalgono nella vescica per mezzo delle lunghe setole che presentano lateralmente e posteriormente al loro corpo cilindrico e producono dolori più o meno vivi.

La myiasi simultanea delle cavità naturali è evidentemente la forma più grave dal punto di vista sintomatologico e prognostico; ha come punto di partenza la nasomyiasi.

Accanto a queste forme caviculari, sta la myiasi delle piaghe, in cui le mosche vengono direttamente a posare le uova o le larve su ferite torpide, ulceri varicose, focolai eczematosi, piaghe purulente, il cui odore le attira. Questa forma è di gran lunga la più comune nell'uomo e negli animali dei nostri paesi pure non essendo un reperto frequente; è più facile riscontrarla, nelle campagne, fra i pastori. Nelle regioni temperate è causata, in generale, da larve di Sarcophaga e di Calliphora; nei paesi tropicali è determinata specialmente da larve di Sarcophaga, Lucilia, Picnosoma ecc.

La myiasi intestinale è una sindrome morbosa, di relativa frequenza nei nostri climi, determinata dalla penetrazione nel canale gastro-enterico di larve di muscidi attraverso gli alimenti (carni, formaggi, vegetali) in putrefazione. Agenti di questa forma possono essere molte specie di ditteri (Musca domestica, Calliphora vomitoria, Piophila casei, Ceratitis cerasi, Teichomiza fusca, ecc.). La sintomatologia è varia, dal quadro acuto con nausee, vomiti, diarree, vertigini, febbre, dolori a tipo colico, eventualmente enterorragie, alla forma di dissenteria cronica con feci diarroiche miste con muco-pus e sangue.

In casi eccezionali (Cruveilhier), l'uomo può essere invaso dalle larve in più punti del corpo.

Quanto alla diagnosi di questa affezione, in qualche caso il paziente ricorda di aver sentito penetrare giorni prima nel suo naso una mosca: in genere, però, l'anamnesi fa difetto e la diagnosi è fatta in base al reperto obiettivo delle larve.

La prognosi, favorevole quando queste sia-

no in piccolo numero, è invece infausta quando siano abbondanti, in quanto possono produrre lesioni irreparabili, oltre ad infezioni secondarie mortali.

Per la cura occorre limitarsi ad asportare meccanicamente il più gran numero possibile di larve. Nell'otomyiasi e nella myiasi delle piaghe sono molto efficaci le irrigazioni locali di cloroformio, benzina o di una soluzione diluita di acido fenico asportando poi le larve morte con lavaggi di acqua tiepida. Nella nasomyiasi, inalazioni di cloroformio. Nelle forme acute della localizzazione gastro-intestinale si può avere guarigione totale con lavaggio gastrico e con la somministrazione di santonina e di felce maschio; le forme croniche, che determinano processi ulcerativi e cicatriziali, quasi sempre localizzati in corrispondenza del colon, richiedono una terapia locale a base di clisteri medicati.

CONCLUSIONI.

Viene descritto il caso di un infermo, ricevuto nel Sanatorio Popolare « V. Cervello » di Palermo, in cui un empiema pneumotoracico putrido presentavasi infestato da numerose larve di mosca (Chrysomyia).

Il caso è degno di particolare rilievo perchè rappresenta una localizzazione inusitata della myiasi in una cavità interna, mantenuta artificialmente, suppurante (cavo pleurico con pneumotorace terapeutico complicato da empiema), in comunicazione col mondo esterno attraverso una via patologica (fistole pleuro-parietali). Sfugge il preciso momento dell'infestione; essendo stato il paziente quotidianamente medicato, e, quindi, visitato, per circa un mese, si presume che, eludendo la vigilanza del personale assistente, abbia esposto la parte malata al sole, rendendo così possibile la deposizione e lo sviluppo delle larve sulle piaghe. L'invasione del cavo si è determinata per migrazione attiva, dovuta alla grande voracità delle larve sui tessuti in decomposizione. La sintomatologia subiettiva è stata muta; la diagnosi è risultata alla semplice ispezione.

RIASSUNTO.

L'Autore descrive un caso di empiema tubercolare secondario a pneumotorace terapeutico, fistolizzato all'esterno successivamente invaso da numerosissime larve di mosca (Chrysomyia). Ricorda brevemente i quadri clinici delle diverse localizzazioni della larve di ditteri sul corpo dell'uomo ed osserva che il caso è unico nella letteratura per quanto riguarda la localizzazione in una cavità artificiale suppurante, in comunicazione con l'esterno attraverso una via patologica ed ancora è notevole perchè di riscontro affatto frequente nei nostri climi.

BIBLIOGRAFIA.

BRUMPT. *Précis de parasilologie.* Masson, Paris, 1931.

CARAZZI. *Parassitologia animale.* S. E. L., Milano, 1928.

CRUVEILHIER. Citato da BRUMPT.

FIEBERGER. Citato da BRUMPT.

GIRARDI. *Vermi intestinali,* in Trattato di Medicina interna, diretto da CECONI. Ediz. Minerva Medica, Torino, 1931, vol. II, pagg. 529 e segg.

GUIART. *Précis de Parasitologie.* J. B. Baillière et Fils, Paris, 1910.

PRUVOT. *Contribution à l'étude des larves de Diptères trouvés dans le corps humain.* Thèse de Paris, 1882.

RIECKE. *Malaltie della pelle.* S. E. L., Milano, 1925.

# SUNTI E RASSEGNE

## INFEZIONI.

### Sulle suppurazioni bronco-polmonari.

(C. COSTANZI. *Croce Rossa,* luglio 1934).

I recenti studi anatomici e clinici hanno condotto ad abbandonare la antica distinzione di Laennec in ascessi polmonari e gangrene ed a riunire tutte le forme in un sol gruppo.

L'A. ha usato la denominazione di suppurazioni bronco-polmonari poichè non è possibile separare rigorosamente le suppurazioni polmonari da quelle bronchiali ed anche perchè così si vengono ad escludere le suppurazioni della pleura. Limita inoltre lo studio alle suppurazioni non di natura specifica e non consecutive a traumi toracici.

Questo genere di malattia, prima della guerra mondiale molto rara, è andata in seguito facendosi sempre più frequente: secondo alcuni a causa dell'uso fatto in guerra dei gas asfissianti, secondo altri in rapporto con la pandemia di influenza del 1918, secondo alcuni Americani per l'estensione degli interventi sui denti, tonsille e faringe eseguiti in base alla teoria focale delle infezioni.

L'A. è propenso a dare la maggiore importanza alla connessione dei processi suppurativi bronco-polmonari con l'epidemia annuale e stagionale dell'influenza.

Le suppurazioni br. p. vanno distinte in primitive e secondarie. Nelle forme primitive, più frequenti di quanto non si creda, passano in seconda linea i disturbi inerenti al punto di ingresso dei germi e la affezione si rivela con certezza, al sopraggiungere della vomica. Le forme secondarie hanno origine o da un focolaio di infezione esistente in un

organo diverso dal polmone, oppure da una lesione polmonare preesistente.

Lo studio batteriologico di queste affezioni è tecnicamente difficile: in pratica si eseguiscono le ricerche sull'espettorato della prima vomica o sull'essudato di eventuale pleurite reattiva. Nella maggior parte dei casi esiste polimicrobismo; per ordine di frequenza si riscontrano: *streptococcus pyogenes, micrococcus catharralis, diplococcus pneumoniae, b. influentiae* di Pfeiffer, *spirochaetae; b. fusiformis, pneumobacillus* di Friedländer, *proteus* ecc. ecc.

Non è ancora con sicurezza assodato se i germi anaerobi costituiscano esclusivamente la caratteristica delle forme gangrenose: essi sono stati riscontrati anche in forme intermedie tra le suppurative e le putride e d'altra parte si ammette da alcuni che il processo gangrenoso siano capaci di provocarlo da soli anche i germi aerobi. Ancora molto discussa è l'importanza delle spirochete e i loro rapporti con i microbi anaerobi nella etiopatogenesi delle suppurazioni broncopolmonari.

Per tre vie l'infezione può giungere nel tessuto polmonare: sanguigna, linfatica, bronchiale. La più probabile è la via bronchiale, mentre la linfatica è molto rara e la sanguigna è evidente solo per i casi di embolia polmonare settica.

Nella patogenesi delle suppurazioni br. p. hanno importanza la quantità dei germi, le condizioni predisponenti generali che diminuiscono la resistenza dell'organismo e quelle locali di cui fan parte le bronchiti, le pneumoniti, gli infarti embolici e i processi infiltrativi in genere.

Dal punto di vista anatomo-patologico è generalmente adottata la distinzione in suppurazioni circoscritte e suppurazioni diffuse. La suppurazione circoscritta è secondaria ad una cavità preesistente o prodottasi per escavazione del polmone in seguito ad infiammazione acuta; essa è in genere acuta e non fetida, per quanto esistono anche forme ad andamento cronico e carattere putrido. Il lobo polmonare, sede della suppurazione, è di volume e consistenza aumentati. Alla sezione appare una perdita di sostanza irregolare, piena dei resti del tessuto e di pus cremoso, giallo verdastro o bruno, spesso inodore, talora fetido. La cavità è circondata da una zona di tessuto infiltrato. Le suppurazioni diffuse e circolari, sono estese a tutto un lobo o a tutto un polmone o ad entrambi. Possono avere decorso acuto o cronico e sono in genere di carattere putrido.

Si tratta di una vasta zona rammollita, limitata da tratti sclerotici; a fluidificazione completa si forma un liquame fetido contenuto in cavità multiple a pareti irregolari. Si trovano inoltre alterazioni bronchiali di reazioni interstiziali sclerotiche e reazioni pleuriche.

Ogni suppurazione br. p. passa per tre fasi: la prima di costituzione tra i sintomi di una pneumopatia acuta od anche quelli di una infezione acuta, senza localizzazione nell'apparato respiratorio; la seconda di escavazione è l'apertura del focolaio suppurativo in un bronco: la vomica; la terza di evacuazione è rappresentata dalla persistenza della suppurazione aperta in un bronco. In questo stadio si ha la guarigione spontanea o la morte o recidive ripetute del processo polmonare.

Kourilsky ha raggruppato un certo numero di segni che permettono in pratica di differenziare le suppurazioni circoscritte dalle diffuse.

La diagnosi di suppurazione circoscritta è fondata: sulla espettorazione purulenta senza bacilli di Koch, fatta sia per vomica che per emissione frazionata; nella perdita di sostanza intrapolmonare messa in evidenza con l'esame clinico e radiologico.

Per stabilire se la suppurazione è semplice o putrida, ha valore il fetore del primo espettorato purulento.

La diagnosi di suppurazione br. p. diffusa si fonda sugli stessi sintomi di quella circoscritta, però all'esame radiologico si nota un opacamento esteso che oltrepassa anche un lobo, con piccole cavità chiare.

L'esplorazione con il lipiodol non ha ottenuto notevole successo perchè solo le dilatazioni dei bronchi e le escavazioni polmonari che hanno con essi ampia comunicazione, si riempiono di olio iodato.

Con la broncoscopia si può valutare se esiste un drenaggio favorevole della cavità polmonare o se vi sia qualche corpo estraneo misconosciuto.

Tra le complicazioni, le emottisi sono molto frequenti e talora cospicue. Le pleuriti si hanno quando il processo suppurativo risiede alla superficie del polmone.

Molto spesso si riscontrano le deformazioni delle falangi come: dita ippocratiche, dita a bacchetta di tamburo.

Raro è il pneumotorace spontaneo e gli ascessi metastatici.

Riguardo alla cura l'A. dice che essa è per quello che riguarda il trattamento medico, in una fase di prova. Solo le suppurazioni di origine amebica hanno nell'emetina un rimedio specifico.

Sergent riunisce i vari mezzi del trattamento medico in tre gruppi principali: 1) La chemioterapia che comprende l'uso di prodotti ad azione antisettica generale, ma specialmente deodorizzante sull'espettorazione fetida: mugolio, gomenolo, guaiacolo. Per ottenere una più energica azione antisettica sono state sperimentate: la arsenoterapia col neosalvarsan, le iniezioni endovenose di alcool, la tripaflavina, con vario successo.

2) La bioterapia: nè la sieroterapia, nè la vaccinoterapia hanno dato risultati soddisfacenti.

3) La meccanoterapia: è basata da una parte sulla realizzazione di un sufficiente drenaggio bronchiale della cavità polmonare, da ottenersi con il « drenaggio di posizione » e con la broncoscopioterapia, d'altra parte sulla possibilità di diminuire il trauma respiratorio mediante il pneumotorace terapeutico e la frenicoxeresi e la tracoplastica. Questi metodi hanno e fautori e avversari numerosi.

4) Fisioterapia: recentemente Lucherini ha introdotto la diatermia nella cura delle suppurazioni br. p. con risultati soddisfacenti.

L'A. non si occupa nel presente lavoro della cura chirurgica delle suppurazioni br. p., ma ricorda la conclusione di Sergent nella relazione al Congresso di Medicina del 1932, che afferma doversi trattare chirurgicamente per azione diretta sul focolaio ogni suppurazione polmonare che non è guarita spontaneamente o con la cura medica, nello spazio di sei settimane a due mesi.

L'A. in un periodo di circa due anni ha osservato sedici casi di suppurazioni broncopolmonari che riferisce esaurientemente nel suo lavoro, mettendo in evidenza i fatti più salienti per quanto riguarda la localizzazione della lesione, la sua comparsa primitiva o secondaria, il tipo semplice o gangrenoso, il decorso e la cura adottata.

Riguardo alla sede ha constatato una lieve prevalenza di localizzazione a sinistra con speciale predilezione per la regione dell'ilo.

Particolare importanza ha il fatto che le forme localizzate nella regione dell'ilo hanno avuto decorso più lungo e più grave, in rapporto probabilmente con la costituzione anatomica dell'ilo, povero di tessuto elastico.

L'A. infine insiste sulla sproporzione da lui riscontrata tra il reperto fisico del polmone ed i disturbi funzionali e generali della malattia: ritiene che ciò sia dovuto alla virulenza delle associazioni microbiche esplicanti la loro azione in un organo a struttura complicata e funzione elevata come il polmone.

Tali associazioni microbiche virulentate trovano nel polmone stesso il terreno adatto ad una intensa azione flogistica: laonde invece di una alterazione circoscritta al tessuto polmonare, si riproducono reazioni notevoli collaterali essudative a carico dei bronchi, del tessuto polmonare e della pleura che impediscono la conduzione del respiro dall'albero bronchiale alla superficie toracica. È così che l'A. cerca di interpretare la discordanza da lui osservata tra reperto percussorio evidente e reperto ascoltatorio scarso. VICENTINI.

## Recidive nella polmonite pneumococcica.

(N. FINLAND e A. W. WINKLER. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, sett. 1934).

Nei precedenti dei polmonitici ci sono altri attacchi di polmonite in una percentuale alta (dal 13 al 31 %). Sono stati osservati anche 18 e persino 28 attacchi in uno stesso malato. Le teorie che spiegano questa ripetizione delle polmoniti sono le seguenti:

1) un attacco di polmonite predispone ad altri attacchi;

2) c'è una perdita locale di resistenza nel lobo che già una volta si è ammalato;

3) c'è una predispozione costituzionale individuale alla polmonite;

4) i germi patogeni persistono nel polmone dopo guarigione e possono dar luogo ad una reinfezione;

5) ogni attacco ha un livello più basso di immunità naturale.

Secondo Irons gli attacchi che si ripetono non sono dello stesso tipo di pneumococco. Ma altri studiosi non sono dello stesso parere.

Gli AA. hanno esaminato 57 casi di recidive pneumoniche che furono anche studiate dal punto di vista batteriologico.

La maggior parte dei malati è rappresentata da maschi di razza bianca; 5 avevano meno di 12 anni e 7 più di 50. Ci furono 9 donne, di cui 1 di colore.

Nel 72 % dei casi la lesione polmonare era lobare. In 16 casi la polmonite era secondaria a stati diversi dai comuni raffreddamenti: 4 dopo operazioni chirurgiche, 5 dopo insufficienza cardiaca, 4 dopo attacchi asmatici e 1 volta per uno dopo frattura costale, pertosse e coma diabetico.

Per la sede della lesione polmonare: 32 casi si ebbero a destra e 26 a sinistra nel primo attacco. Nella recidiva è più frequente l'interessamento bilaterale.

La mortalità nei casi osservati è stata minore di quella media.

Gli intervalli fra un attacco e l'altro sono stati vari: da un massimo di 11 anni e 8 mesi ad un minimo di 4 settimane. Su 19 casi recidivati nello stesso anno, 4 erano dello stesso tipo di pneumococco.

L'intervallo medio nei casi di recidiva con pneumococco dello stesso tipo notato nel primo attacco, è stato di 28 mesi.

Non c'è correlazione fra i tipi di pneumococco ottenuti in differenti attacchi; così i 19 che ebbero nel successivo attacco il tipo I non avevano un tipo identico nell'attacco precedente.

L'emocultura è stata positiva 9 volte sui 47 casi in cui fu fatta nel primo attacco, mentre fu positiva 6 volte su 52 nel secondo attacco.

In 26 casi fu usato il siero antipneumococcico specifico, e nelle recidive si ebbero anche alcune polmoniti dello stesso tipo del siero adoperato precedentemente.

Tutti i malati presentarono anticorpi del tipo proprio.

In generale gli attachi successivi mostrarono un quadro clinico molto simile a quello del primo attacco, però negli attacchi successivi si osservò l'interessamento bilaterale in

una percentuale doppia di quella notata nei primi attacchi.

Da tutto questo risulta che l'immunità data dalla polmonite è di breve durata. Le recidive dello stesso tipo di pneumococco sono più frequenti fra i malati curati col siero specifico.

R. LUSENA.

## La brucellosi cronica.

(A. C. EVANS. *Journal Amer. Medic. Assoc.*, 1° settembre 1934).

L'affezione che ora è generalmente nota con il nome di brucellosi era prima variamente denominata: febbre mediterranea, febbre di Malta, febbricola.

Il nome di febbre di Malta o infezione melitense era prima il più diffuso, ma per legittimo riguardo alla storica isola nel Congresso internazionale di medicina e igiene tenutosi a Londra nel 1913 si convenne di adottare il nome di « febbre ondulante » proposto da Hughes fin dal 1896.

Tale denominazione però si riferisce ad una manifestazione clinica, il tipo della febbre, che può anche mancare nel corso di tutta la malattia. È pertanto più conveniente il nome di brucellosi che tiene conto dell'agente etiologico, scoperto a Malta nel 1886, dall'ufficiale medico Bruce, senza riferirsi alle manifestazioni sintomatologiche che sono estremamente multiformi.

Dieci anni dopo la scoperta del *micrococcus melitensis* fatta da Bruce, il veteriano danese Bang scovrì l'agente causale dell'aborto contagioso degli armenti cui dette il nome di *bacillus abortus*. I due microrganismi hanno molte affinità, se non identità, che spiegano alcune particolarità epidemiologiche dell'infezione umana e bovina, e perciò si convenne di dare ad ambedue il nome di brucella.

La brucellosi è una malattia dalle multiformi manifestazioni, tale da assumere spesso il quadro di altre affezioni. Anche nel bacino del Mediterraneo dove è molto diffusa ed assume le forme più gravi, spesso non viene esattamente diagnosticata. Certo nel periodo iniziale è men che mai diagnosticabile. Le forme acute di brucellosi sono facilmente scambiate con il tifo, la malaria, il reumatismo acuto, l'endocardite, la tubercolosi, la broncopolmonite, la bronchite e l'influenza.

Vi sono forme abortive o ambulatorie nelle quali manca qualsiasi disturbo o è presente solo un leggero malessere, e la febbre è appena avvertita. Queste forme sono molto comuni a Malta e Shaw esaminando il sangue di 525 lavoratori di quel porto trovò la sieroreazione nettamente positiva nel 15 % degli esaminati e cultura positiva in 10 casi. Eppure questi individui lavoravano come se nulla fosse, alcuni però avevano di tanto in tanto leggere ipertermie. Successivamente analoghe osservazioni sono state fatte in altre località.

Di particolare interesse dal punto di vista epidemiologico sono state di recente fatte da parecchi AA. negli Stati Uniti. Il tipo porcino di Brucella è per l'uomo più virulento del tipo bovino, ed il contagio avviene più facilmente per contatto con materiale infetto che con l'ingestione di alimenti. È stato anche constatato che gli individui che sono stati a contatto con materiale infetto possono presentare reazioni immunitarie senza mai aver sofferto notevoli disturbi. Le osservazioni fatte nelle stesse contrade su larga scala hanno dimostrato che la brucellosi nella maggior parte dei casi sfugge alla diagnosi esatta, solo nel 20 % si fa la diagnosi.

Il nome di febbre ondulante ha concorso ad aumentare la confusione e a non far fare la diagnosi, perchè esso implica il concetto d'ipertermia che non sempre è presente.

La tendenza alla cronicizzazione è tutt'altro che rara, anzi la brucellosi ha un posto preminente nell'ordine delle infezioni acute che possono assumere un andamento cronico. Nei paesi dove la malattia è più frequente essa è temuta appunto per questo carattere. Numerosi sono i casi nei quali la febbre, più o meno alta e ricorrente per lo più la sera, dura per mesi e mesi ed anche per anni. Interessa anche in riguardo alla diffusione della malattia che queste forme croniche a sintomatologia più o meno evidente ricorrono con molta frequenza negli ovini, nei bovini e negli animali domestici.

In queste forme generalmente l'individuo continua, sia pure con fatica, nelle sue occupazioni. Egli avverte un senso di debolezza, di esaurimento, irritabilità, insonnia e dolori variamente localizzati. Si comprende come molti casi di brucellosi cronica vengono diagnosticati come neurastenie.

Pertanto quando queste forme asteniche si presentano in località dove si possa spiegare il contagio di brucellosi, e specie quando si presenta qualche ipertermia sia pure a larghi intervalli conviene tener presente la possibilità che si tratti di un'infezione da Brucella. Al riguardo conclusioni diagnostiche si possono dedurre quando l'esame culturale del sangue o la sieroreazione sia nettamente positiva.

Alcuni AA. hanno proposto come mezzo diagnostico più semplice e più sicuro la reazione intradermica, che si provoca iniettando dentro la cute varie sostanze derivate da culture di Brucella. Si deve però tener presente che individui normali possono presentare una ipersensibilità costituzionale per tali sostanze e che la ipersensibilità cutanea persiste a lungo negli individui che hanno sofferto la brucellosi e ne sono guariti.

Comunque il metodo della reazione intradermica può essere considerato come complementare di quello culturale e sierologico.

Le osservazioni fatte su larga scala tenderebbero a dimostrare che il contagio da uomo a uomo sia molto raro, mentre è più facile il contagio da parte degli animali domestici (cani, gatti, maiali, capre, cavalli, ecc.). Tuttavia l'infezione si diffonde maggiormente con l'uso di latte di animali infetti. DR.

## La sintomatologia dell'encefalite epidemica di St. Louis.

(T. C. HEMPELMANN. *Journal Amer. Medic. Assoc.*, 8 settembre 1934).

Durante l'estate 1933 si è verificata nello Stato di St. Louis un'epidemia di encefalite con caratteri epidemiologici e clinici particolari. In breve lasso di tempo se ne verificarono numerosi casi (ne furono ospedalizzati 786) in un'area relativamente ristretta.

L'affezione fu caratterizzata da un inizio improvviso con cefalea, febbre alta, rigidità nucale, confusione mentale e altri sintomi neurologici, mentre le manifestazioni oculari furono affatto transitorie. A questa invasione tempestosa segue per lo più un rapido miglioramento ed in due o tre settimane guarigione senza postumi.

Lo sviluppo epidemico ha dimostrato che vi sono due fasi distinte nell'infezione. La prima consistente in disturbi generali e la seconda consistente nell'invasione del sistema nervoso centrale. Nella prima fase si ha un senso di profonda prostrazione, malessere grave, brividi, dolori ai lombi o agli arti, nausea o vomito e dolori addominali e meno frequentemente fotofobia, congiuntivite catarrale, arrossamento delle fauci e altri segni di modica infezione delle vie aeree superiori. L'invasione del sistema nervoso centrale è annunziata da febbre alta, forte cefalea, rigidità nucale, confusione mentale e tremori e altri sintomi neurologici variabili a seconda la sede della lesione.

Poichè l'infezione colpisce sopra tutto individui anziani, la sintomatologia è spesso modificata o mascherata da condizioni preesistenti, quali la senilità, l'arteriosclerosi, le cardiopatie e le nefropatie croniche, l'ipertensione, fatti tutti che hanno notevole riflesso sulla prognosi.

Furono constatati tre distinti tipi della malattia. Un tipo nettamente encefalitico nel quale i sintomi cerebrali si manifestano fin dal primo momento; un tipo nel quale precedono i fatti generali che durano da uno a quattro giorni prima che si manifestino i sintomi encefalici; ed infine un tipo a forma leggera o abortiva nel quale si hanno disturbi vaghi ed indefiniti e la diagnosi si può fare solo con il criterio epidemiologico ed in base al risultato dell'esame del liquido cefalo-rachidiano.

Nel tipo puramente encefalico o meningeo, che è il più comune, la malattia s'inizia con febbre alta, forte cefalea, rigidità nucale, nausea ed eventualmente vomito, sonnolenza, confusione mentale, difficoltà della parola, tremori. L'acme si ha dopo 24-48 ore. Durante la stessa fase si possono avere altre manifestazioni morbose, e, specie nei bambini, convulsioni. All'esame neurologico si riscontra quasi sempre rigidità della nuca o di tutta la colonna vertebrale e scomparsa dei riflessi addominali che ritornano con la convalescenza. Per lo più è presente il segno di Kernig ma non sempre nella fase iniziale. Il contegno dei riflessi tendinei è incostante, ma sono per lo più esagerati. I riflessi plantari (Babinski, Gordon, Oppenheim) sono molto irregolari. Le pupille sono di solito piccole, eguali ed un po' torpide alla luce.

Con lo sviluppo dei sintomi meningei si può avere un rapido deterioramento delle facoltà mentali. Molti infermi sono disorientati nel tempo e nello spazio, ed hanno la memoria fiacca. Parecchi hanno una tendenza allo stato d'incoscienza o all'apatia, ma raramente si ha vero coma. Talvolta invece della letargia si hanno stati di eccitazione, delirio ed insonnia. Nelle forme gravi la parola è più o meno disturbata e talvolta si ha completa afasia. I tremori a medie o fini oscillazioni colpiscono le mani, la lingua e le palpebre e durano fino alla terza settimana.

A differenza di quanto avviene nella classica encefalite epidemica o letargica le manifestazioni oculari sono rare e scarse. Solo nel 14 % dei casi si è notato un transitorio offuscamento della vista, diplopia, strabismo e nistagmo. Il fondo oculare non presenta notevoli alterazioni.

In qualche caso furono constatate vertigini, atassia, lieve esoftalmo, ronzii e sordità transitoria, iperestesie, paresi facciale, paresi spastica di uno o più estremità, paresi vescicale e rettale.

In queste forme tipiche di encefalite la febbre è più alta nei primi due o tre giorni e cede rapidamente per lisi in modo che la temperatura ritorna normale dopo sette o tutt'al più dieci giorni. Eccezionalmente la febbre dura un mese e anche più. Il polso segue la temperatura, ma in genere è più bradi- che tachicardico. Nel sangue si riscontra una leggera leucocitosi.

Il liquido cefalo-rachidiano è limpido, leggermente iperteso e presenta un leggero aumento del contenuto cellulare sopra tutto di mononucleari.

Nel secondo tipo, nel quale le manifestazioni neurologiche seguono quelle generali d'invasione, i sintomi premunitori sono più o meno imponenti: brividi, cefalea, nausea, fotofobia, faringiti. La febbre fin dal principio è alta, ma dopo qualche po' cade e nello stesso tempo migliorano anche gli altri disturbi, per modo che il paziente ha la sensazione di avviarsi alla guarigione. Questo stadio può du-

rare da uno a quattro giorni ed anche una settimana, quando la temperatura improvvisamente si risolleva, la cefalea diventa molto intensa e si sviluppa il quadro tipico dell'encefalite su descritto.

Infine nel tipo medio o abortivo i sintomi principali sono la febbre, la cefalea moderata ed altri leggeri disturbi generali. Eccezionalmente qualche sospetto sulla vera natura della malattia può essere dato da una leggera rigidità della nuca, da leggeri tremori, ma mancano assolutamente disturbi mentali e neurologici. Tali casi possono essere diagnosticati solo in periodo epidemico e mediante la puntura lombare che dà un liquor con aumento di mononucleari.

La diagnosi differenziale dell'encefalite epidemica quale si è presentata a St. Louis può offrire difficoltà specie nel periodo d'invasione, quando non si sono ancora manifestati i sintomi neurologici. La malattia viene spesso diagnosticata come influenza. Solo l'ulteriore corso dell'affezione ed eventualmente l'esame del liquor consente un accertamento esatto.

I casi che si manifestano con brividi e febbre non accompagnata da leucocitosi possono far pensare alla malaria, ma la mancanza di tumore di milza e l'assenza di parassiti nel sangue fanno scartare tale ipotesi.

La malattia può simulare il tifo specie quando esiste leucopenia e bradicardia, ma lo ulteriore sviluppo della sintomatologia rende chiara la diagnosi.

Lo scambio con il *delirium tremens* non è possibile perchè nell'encefalite mancano quasi sempre le allucinazioni e la sonnolenza è più frequente.

Nel periodo iniziale l'encefalite e la meningite tubercolare non sono distinguibili. Però nella meningite tubercolare l'inizio è più lento, il respiro è irregolare e la malattia ha un andamento cronico con esito fatale. D'altra parte l'esame del liquor dimostra la formazione di membrane, marcato aumento della globulina, diminuzione o assenza di zucchero, presenza di bacilli di Koch.

La poliomielite anteriore acuta può presentare una sintomatologia clinica ed un reperto del liquor analoghi a quelli dell'encefalite, ma nella poliomielite il sensorio è generalmente libero, la parola non è disturbata e i disturbi visivi, le vertigini, le modificazioni del riflesso plantare sono rare, mentre sono relativamente frequenti nell'encefalite. D'altra parte le caratteristiche paralisi flaccide di vari gruppi muscolari che si verificano nella poliomielite sono ben diverse dalle eventuali paralisi spastiche che possono osservarsi nell'encefalite.

Molto maggiori sono le difficoltà per la differenziazione da altre forme di encefalite. Nel così detto tipo letargico non c'è febbre, l'inizio è di solito graduale, si hanno oftalmoplegie, sintomi di parkinsonismo, il decorso cronico e possono comparire nuovi disturbi a distanza di mesi ed infine si hanno spesso postumi permanenti. Ma nell'encefalomielite disseminata acuta o nella così detta encefalite postinfettiva associata al morbillo, agli orecchioni, all'innesto vaccinico, alla varicella e simili, i sintomi possono essere di effetto analoghi e la differenziazione è possibile solo in base all'anamnesi, ai sintomi concomitanti dell'affezione primitiva, e, nei casi mortali, in base all'autopsia.

DR.

---

# DIVAGAZIONI

## La materia vivente.

Problema arduo e complesso questo della materia vivente, che le varie generazioni considerano successivamente da diversi punti di vista, nella speranza di approssimarsi alla soluzione. E, certamente col progredire degli studî e l'affinarsi delle ricerche, si arriva a penetrare più addentro della conoscenza dei fenomeni, pur senza coglierne l'intima essenza, sicchè le nostre nozioni in materia ci appaiono come rare fiaccole in una vasta regione oscura, di cui non ci illuminano che qualche particolare, senza poterne cogliere l'aspetto nel suo insieme, soddisfatti se le osservazioni successive non ci indicano che, nelle prime, siamo caduti in errore.

Lo stato attuale della questione è stato recentemente delineato in *Nuova Antologia* dal prof. F. Bottazzi; ne riassumo i punti principali.

Non esiste, egli osserva, un'unica materia vivente; ne esistono tante varietà quanti sono gli esseri, che popolano la biosfera Così pure non conosciamo, oggi, materia vivente informe (1), ma soltanto ci si presenta in forma di cellule. Gli studi citologici recenti non più limitati al solo studio istologico della cellula morta, indagano invece, con i metodi escogitati da Carrel, la cellula vivente posta in ambiente analogo a quello naturale; e la indagano non soltanto nei suoi rapporti con questo, ma anche nella successione dei suoi atti nel tempo. Si è così veduto la grande importanza del fattore « tempo » nella vita, talchè, rileva il Carrel, esso deve essere considerato come la quarta dimensione per gli organismi viventi.

Con l'ambiente in cui vivono, le cellule formano un tutto inscindibile, sicchè si può parlare di un vero sistema cellula-ambiente, in un continuo processo di divenire. Le cellule dei tessuti hanno sempre, anche *in vitro*, una spiccata tendenza a riunirsi, a formare colo-

(1) E. HAECKEL, di cui ricorre quest'anno il centenario, aveva descritto il *Bathybius haeckeli*, massa protoplasmica informe, che egli riteneva il primo stadio di vitalizzazione della materia. Opera di pura fantasia, veduta con gli occhi delle teorie allora dominanti, che egli portò all'esagerazione.

nie, secondo il tipo del tessuto da cui derivano; quelle, invece, abituate alla vita errabonda rifuggono dall'associarsi in colonie. Tutti usi e costumi che, con opportune alterazioni dell'ambiente, si possono modificare, facendo assumere alle cellule caratteri contrari a quelli originali.

Queste ricerche biologiche vanno poi integrate da altre d'indole chimica e fisica. Carattere particolare della materia vivente, composta degli elementi chimici più comuni, è quello della sintesi; basti citare quella degli aminoacidi e poi l'unione dei residui di questi, costruendo le gigantesche molecole eteropolari delle proteine semplici e coniugate, che sono il costituente fondamentale e più complesso della materia vivente. Ma le nostre conoscenze in proposito si arrestano ai composti che siamo capaci di isolare e che sono soltanto frammenti ineguali (forse anche alterati) delle complesse molecole salino-proteiche, di cui non conosciamo quindi, nemmeno il peso ed il volume normali.

Questo lavoro di sintesi, per cui viene creata nuova materia vivente, implica un immagazzinamento di energia libera, proveniente, oltre che dall'energia raggiante del sole, dall'attività chimica catabolica della materia vivente. Sotto tale punto di vista, quest'ultima non rappresenta certamente una macchina economica; poichè, p. es., il nervo soltanto per tenersi pronto a funzionare — senza far nulla — spende circa la metà dell'energia che trasforma quando compie un lavoro massimo; ed il rene dà, per il suo lavoro specifico, un rendimento dell'1 %, mentre il 99 % è consumato soltanto per mantenere l'efficienza delle sue cellule.

Il lavoro della materia vivente è, quindi, una trasformazione dal semplice al complesso, che culmina nell'attività costruttiva dei singoli elementi, vera creazione dall'informe al formato.

Crescendo in miriadi di forme diverse, la materia vivente, sospinta da un incoercibile potere diffusivo, ha invaso la biosfera e vi si è sparsa in un'ondata travolgente, Nè la morte ne ha ragione, poichè essa riassimila i prodotti del proprio disfacimento e la distruzione sembra stimolo alla creazione di maggior numero di viventi.

La notevole velocità con cui procedono le reazioni chimiche nella materia vivente, malgrado si tratti di sostanze pochissimo reattive, è dovuta al fatto che esse si svolgono sotto l'influenza di biocatalizzatori, di cui gli uni sono gli enzimi, gli altri i così detti *geni*, particelle ultramiscopiche costitutive della materia nucleare, dotate di autoduplicazione e della proprietà di catalizzare il processo della divisione cellulare e di trasmettere i caratteri ereditari.

Dal fatto che la materia vivente è costituita principalmente di molecole di proteine semplici e coniugate, che sono ad un tempo relativamente molto grandi ed eteropolari e dalla spiccata tendenza ad unirsi per valenze secondarie dotate di potere d'imbibizione acquosa, derivano varie conseguenze. Anzitutto è l'immenso numero di varietà di proteine e, quindi, di materia vivente, per cui anche gli individui della stessa specie differiscono fra loro, sicchè ne risulta la specificità e l'eterogeneità delle proteine.

Altra conseguenza è lo stato colloidale caratteristico della materia vivente, per cui fra l'altro, acquista grande importanza l'energia di superficie a causa dell'immensa distesa d'interfacie, tra le fasi disperse ed il mezzo dispersivo. Nell'interfacie, poi per il fatto della eteropolarità, le molecole si orientano con le estremità affini disposte in uno stesso piano, mentre sono rimescolate nell'interno. Anche in questa proprietà, il fenomeno dinamico della vita riappare, in quanto che tale orientamento non è invariabilmente fisso, ma può mutare variando la composizione chimica o lo stato chimico-fisico della fase a cui sono in contatto.

L'A. accenna poi alle singolari proprietà elettriche della materia vivente ed allo stato cristallino di certe parti degli organismi viventi, passando poi alla questione della forma e delle dimensioni minime della materia vivente, quale è stata sollevata dalla scoperta dei virus filtrabili e dei batteriofagi.

Le ulteriori ricerche potranno portarci più addentro nei fenomeni e, forse, a farci conoscere gradi insensibili di passaggio dal sistema fisico a quello biologico. Ma vi saranno sempre dei fatti oscurissimi, per cui non è possibile una spiegazione soddisfacente. Tale è quello della lotta che la materia vivente sostiene per la propria conservazione, adoperando mezzi sempre più adeguati contro gli agenti che ne contrastano la diffusione. Ed è questo che fa ritenere ad Hill che, in un tempo più o meno lontano, abbiano ad invocarsi, piuttosto le proprietà della materia vivente per spiegare le leggi fisiche, anzichè spiegare come ora facciamo, quelle con queste.

La supposizione appare forse meno strana di quanto sembra quando si tenga presente che la fisica moderna è corpuscolare o quantistica e che quantistica può dirsi anche l'azione nervosa, identificando i *quanta* di questa con gli impulsi nervosi, discreti, discontinui, separabili, che trasmettono i messaggi dagli organi di senso al cervello e da questo agli organi di moto. E, se discontinue ci appaiono oggi materia ed energia, ciò potrebbe dipendere dal fatto che invariabilmente discontinua è l'attività funzionale dei nervi, che costituiscono l'unica nostra via di comunicazione col mondo esterno. Anche i fisici non dovrebbero, quindi, trascurare la materia vivente, nel costruire le loro teorie, perchè, in ultima analisi è per processi fisiologici, che si svolgono in apparati come quelli neuro-sensoriali, costruiti di materia vivente, che l'uomo percepisce la realtà esteriore.

*fil.*

## CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

HERBERT ASSMANN. *Die Klinische Roentgendiagnostik der inneren Erkrankungen.* Due volumi. 5ª edizione, 1934. Vogel editore. Marchi 87.

La prima edizione del trattato di diagnostica radiologica del Clinico di Lipsia (allora) e oggi di Koenisberg risale al 1921.

È stato il trattato che per molti anni è andato per le mani di tutti i radiologi i quali hanno saputo ammirare nell'Assmann la trattazione chiara, schematica essenzialmente con riferimenti nella clinica.

La nuova edizione non diversifica nelle linee fondamentali e nella impostazione dei capitoli dalle edizioni precedenti e dalla prima edizione: accresciute le pagine e divisa l'opera in due volumi sono accresciute anche le figure (oltre 1200) e quel che è più importante l'iconografia oltre a essere ricchissima è anche perfetta.

I progressi della tecnica radiologica mediante le sostanze di contrasto han fatto sì che nuovi capitoli siano stati aggiunti all'opera fondamentale: l'angiografia, l'epatografia, la ventriculografia e la mielografia e per ognuno di questi metodi nuovi l'A. schematicamente e succintamente riferisce le possibili utilità nella clinica senza soverchia letteratura che è invece raccolta alla fine di ogni parte. Coloro che hanno avuto in mano la prima edizione non potranno che acquistare e desiderare anche questa quinta ristampa. E. MILANI.

M. A. SCHIRMANN. *Die physichalisch-technischen Methoden der Elektromedizin.* Vol. di pagg. 275, con 220 figure e 5 tavole. Urban e Schwarzenberg, 1934. Marchi 9,50.

Premesse alcune cognizioni sulle moderne teorie fisiche e sui fenomeni elettrici che si verificano nei gas, l'A. riunisce in un breve capitolo tutti i metodi in uso nella elettrofisiologia; un capitolo a parte dedica alla elettrocardiografia; un capitolo (da pagina 81 a 162) alle cognizioni e agli apparecchi di elettroterapia dalla galvanica alla diatermia e alle onde corte; un capitolo alla radiologia e due brevi capitoletti alle sostanze radioattive e alla fototerapia.

Il libro è raccomandabile come un riassunto pratico dei vari mezzi fisici in uso nella elettromedicina. E. MILANI.

ROLF BULL ENGELSTADT. *Ueber die Wirkungen der Roentgenstrahlen auf die Lungen.* Supplemento agli *Acta Radiologica.* Vol. di pagg. 87, con 18 tavole. Stoccolma. Corone svedesi 10.

È uno studio compiuto sugli animali (conigli) con numerose belle tavole di sezioni istologiche di polmoni esaminati: dopo uno stadio iniziale e un tempo di latenza di circa 2-3 settimane si inizia la reazione principale che porta a una alterazione degenerativa dell'epitelio bronchiale e dello stroma polmonare con infiltrazione perivascolare, peribronchiale e broncpolmonare: se la dose è stata subepidermicida queste alterazioni nel termine di uno-due mesi in parte regrediscono e lo stadio di rigenerazione porta a una proliferazione connettivale e a una sclerosi del polmone.

E. MILANI.

P. AUBOURG-LAVILLE e LE GO. *La négativation électrique.* Vol. di pagg. 146. Masson, 1934. Fr. 20.

Laville ha dimostrato che la funzione dei muscoli lisci e striati e in via generale — il metabolismo cellulare — sono condizionati da spostamenti intra- e intercellulari di cariche elettriche endogene prodotte per una azione elettrogena del glucosio che è la sostanza dinamogena principale che assicura l'energetica cellulare e il tono muscolare.

La teoria classica di Lavoisier (termodinamica) è pertanto sostituita dalla teoria elettrodinamica: il calore è un residuo, un sottoprodotto, una energia degradata: la proprietà invece della elettricità di trasformarsi istantaneamente in altre forme di energia, permette di concepire la sua azione autonoma di energetica cellulare e il modo di funzionamento della meccanica vitale. Non più quindi apparecchi a effetti termodinamici ma a effetti elettrici puri: si devono dare, secondo Laville, dosi fisiologiche di elettricità statica a basso potenziale che tendono a riprodurre le caratteristiche fisiche di tensione, di quantità e di forma delle cariche elettriche normali dei tessuti dell'organismo in modo da supplire alle deficienze della funzione dei muscoli striati e del metabolismo cellulare.

L'apparecchio ideato da Laville somministra dosi infinitesimali di elettricità usando solo il polo negativo (onde metodo di negativazione) e somministrando detta corrente interrotta in modo modulato.

Il libro vuole essere una esposizione dettagliata di questa nuova dottrina e nello stesso tempo vuole dimostrare i buoni risultati che finora gli AA. hanno ottenuto. E. MILANI.

*Atti del IV Congresso Internazionale di radiologia medica.* Quattro volumetti. Thieme, editore.

Dei 4 volumetti editi dal Thieme in occasione del Congresso internazionale di Zurigo interessano essenzialmente il II e il III: il I non è che la lista degli intervenuti e il IV il rapporto finale

Mentre nel II volumetto vengono riassunte sommariamente le comunicazioni e le relazioni (per l'Italia il Perussia di Milano ha riferito

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

sulla radioterapia dei cancri della cavità buccale e del faringe, e il Maragliano è stato correlatore sul quadro radiologico della tubercolosi polmonare), nel III volume vengono riassunte le relazioni che da parte di oratori designati per i vari paesi sono state tenute a proposito della lotta contro il cancro. Ventisette paesi (e per l'Italia il Palmieri di Bologna) hanno così esposto le provvidenze che i vari governi hanno organizzato per la lotta contro il cancro e hanno riferito sul numero e la organizzazione dei vari Istituti radiologici, sul numero dei malati curati e sui risultati ottenuti in questi anni. E. MILANI.

# ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

## R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli

Seduta del 16 giugno 1934.

Presidente: Prof. Sen. G. PASCALE.

### Sugli effetti della inoculazione di sangue nelle avitaminosi sperimentali

G. ASCIONE. — Le cavie e i piccioni tenuti a dieta privata di vitamine ed inoculati per via gastrica, a giorni alterni, con notevole quantità di sangue defibrinato di bue o di coniglio, hanno mostrato i segni evidenti delle avitaminosi sperimentali, come i controlli tenuti solo a dieta avitaminizzata.

In base a tali risultati si potrebbe dunque dire che nel sangue circolante di bue e di coniglio non si trovano neanche tracce di vitamine, oppure che vi si trovano in quantità così piccole da essere praticamente trascurabili.

Ma, considerando che le vitamine si trovano negli alimenti e, in varia misura, negli organi, e che i loro principii attivi devono inevitabilmente passare nel sangue per esplicare la loro azione, qualunque essa sia, si è autorizzati a pensare che tali principii siano presenti nel sangue inoculato, e che siano denaturati o distrutti dall'azione dei succhi digerenti.

O. FRAGNITO. — L'O., a dimostrazione della molteplicità delle origini di tali atrofie, presenta un caso di tabe molto avanzata, nel quale sono colpiti da atrofia, nell'arto superiore destro, i muscoli innervati dal cubitale, e, nell'arto inferiore dello stesso lato, il quadricipite estensore della gamba sulla coscia.

Le due atrofie non sono della stessa natura. Quella dell'arto superiore, oltre all'essere strettamente limitata al territorio del cubitale, presenta le reazioni elettriche tipiche delle atrofie da lesione organica del neurone periferico; dei piccoli muscoli della mano innervati dal cubitale — se si fa astrazione del 2° interosseo dorsale, che presenta ancora un minuscolo residuo dell'eccitabilità faradica — tutti gli altri la hanno interamente perduta, dimostrando nel tempo stesso gravi alterazioni qualitative dell'eccitabilità galvanica. Questi due dati — topografia e caratteri elettrodiagnostici della atrofia — autorizzano a qualificarla come atrofia neuritica. È infatti impossibile confonderla, grazie appunto alla distribuzione topografica, con l'atrofia da focolai poliomielitici tanto spesso riscontrati nei tabetici.

Non si può dire altrettanto dell'atrofia del quadricipite, la quale, pur essendo molto progredita, non dimostra alterazioni qualitative dell'eccitabilità elettrica, la quale non presenta che una lieve diminuzione quantitativa.

Questa, dunque, del quadricipite non può essere un'atrofia neuritica. Bisogna cercarle un'altra causa. Ma non è affatto difficile scoprirla, essendoci un'atropatia molto pronunziata del ginocchio destro, e sapendosi per lunga esperienza che le artropatie, di qualunque origine, possono dar luogo ad atrofie muscolari. Le quali atrofie muscolari di origine articolare hanno due caratteri fondamentali che le individualizzano: quello di colpire a preferenza i muscoli estensori dell'articolazione lesa e quello di non presentare alterazioni qualitative delle reazioni elettriche; caratteri entrambi riscontrabili nel caso presente. Nel quale, però, mancano due delle più frequenti particolarità delle atrofie artropatiche: un certo aumento di tono nel muscolo atrofico e un'accentuazione più o meno rilevante del rispettivo riflesso tendineo. Ma è agevole comprendere il perchè della loro mancanza nel caso in esame: il paziente, tabetico avanzato, non ha integri gli archi diastaltici spinali al servizio del tono muscolare e dei riflessi profondi. Difatti, ipotonia muscolare ed abolizione del riflesso rotuleo si osservano anche nel quadricipite sinistro non atrofico.

Concludendo: il medesimo soggetto presenta due tipi di atrofie: l'uno neuritico, l'altro artrogeno. Del primo è chiara la patogenesi; per il secondo, in mancanza di un'interpretazione più adeguata, ha sempre credito la patogenesi « riflessa » sostenuta tanti anni fa dal Vulpian e Charcot. Dalla articolazione lesa partirebbero stimoli, i quali, giungendo al midollo spinale, non ne altererebbero la struttura al modo delle vere lesioni organiche, ma indurrebbero nelle cellule del corno anteriore una modificazione funzionale, uno « stato di stupore » che si riverbererebbe sui muscoli provocandone l'atrofia o l'ipertonia, o l'una e l'altra insieme.

S. CACCURI. — *Gli effetti controlaterali del pneumotorace terapeutico.*

Seduta del 30 giugno 1934.

Presidente: Prof. Sen. G. PASCALE.

### Su di un caso di neoplasia delle guaine tendinee con decorso clinico non comune

E. P. TINOZZI. — L'O. riferisce sul caso di un ragazzo di circa dieci anni sofferente fin dalla nascita per un tumore del dorso della mano. Due interventi operativi, praticati a cinque ed a sette anni, furono seguiti da rapidissima recidiva; l'O. discute la diagnosi clinica, dimostrando l'origine della neoplasia sarcomatosa della guaina tendinea degli estensori comune e del mignolo e riferisce l'intervento, a cui sottopose il paziente — ritenendo eccessiva l'amputazione della mano che era stata consigliata — e cioè l'exeresi assai larga del tumore con asportazione ampia sia dei tessuti molli, che lo ricoprivano sia dell'intera guaina e della fascia dorsale profonda. Sulla larga lesione

di continuo praticò dopo quattro giorni, una plastica all'italiana con lembo dalle regioni epi- e mesogastrica.

All'intervento seguì la roentgenterapia. Il risultato postoperativo fu ottimo, anche dal lato della perfetta funzionalità della mano e delle dita, come è possibile constatare, dopo sette mesi, sul paziente, che è dall'O. presentato all'Accademia.

Istologicamente il tumore risultò un fibrosarcoma, di cui l'O. discute la istogenesi supponendolo insorto, per alcuni caratteri, su di un primitivo neoplasma meno maligno (mieloma). Rileva infine la opportunità di aver eseguita la mobilizzazione precoce dell'arto, per ottenere una perfetta libertà dei tendini ed una funzionalità completa.

G. PASCALE. — Rileva l'ottimo risultato del metodo operativo seguito dall'O. e piglia occasione per insistere sui vantaggi della plastica eseguita col metodo che torna ad onore della chirurgia italiana, che per prima lo propose (Tagliacozzo), e di cui porta ancora il nome. Fa inoltre rilevare, che il chirurgo, prefiggendosi di ricorrere a questo metodo, non ha alcuna preoccupazione sulla quantità di tessuto da asportare e ciò per i tumori maligni, come è il caso dimostrato dall'O., è di somma importanza, permettendo una exeresi larga dei tessuti malati o sospetti. D'altra parte il buon risultato funzionale è dovuto all'avere apposto sulla lesione un lembo, che non ha presentato altro che una lieve cicatrice lineare alla sua periferia: qualunque altro metodo di trapianto libero, con lembi più o meno larghi e profondi non avrebbe, in alcun caso, potuto dare una cicatrice così esigua e capace di disturbare per nulla la funzionalità. Raccomanda inoltre di non essere corrivi in ogni caso di tumore di ricorrere ad operazione mutilante, se non nei casi, in cui vi si è assolutamente costretti per l'estensione o la malignità del processo.

Seduta del 21 luglio 1934.

Presidente: Prof. C. COLUCCI.

**Tumore del midollo spinale e gravidanza.**

G. TESAURO. — L'O. descrive un caso di neurinoma delle radici spinali posteriori (X-XI dorsale). Le prime manifestazioni si ebbero al 7° mese di gravidanza con paraplegia degli arti inferiori. La donna partorì a termine, spontaneamente, senza che il parto presentasse nulla di anormale. La diagnosi clinica e radiologica è stata in seguito confermata dal reperto chirurgico. Riunendo gli altri casi analoghi della letteratura, l'O. discute i rapporti fra il midollo spinale e la funzione gravidica e la eventuale influenza della gestazione sul tumore.

**La cisterna-malarioterapia nella paralisi progressiva.**

E. MARIOTTI e M. SCIUTI. — I buoni risultati terapeutici ottenuti nella paralisi progressiva con le iniezioni di sangue malarico nel cavo rachideo hanno consigliato gli OO. di avvalersi delle iniezioni nella *cisterna magna* di sangue malarico, raccolto nel periodo febbrile e in vari periodi di apiressia, e con finalità di mettere a maggiore contatto il virus malarico con il treponema localizzato nel nevrasse. È stata praticata la tecnica della puntura cisternale proposta da Obregia e Esckuchen, in sedici paralitici, tutti in fase avanzata. In tutti i casi, anche in quelli che avevano resistito ad altri metodi di malarioterapia, si è avuto la febbre abbastanza elevata, a tipo intermittente o quotidiana, con un periodo di incubazione più breve per i malarizzati a freddo; non si è avuto alcun incidente o inconveniente.

Dei sedici paralitici uno è dimesso dall'Ospedale da circa due mesi e può considerarsi guarito dal lato sociale. Uno è quasi guarito, ma non è stato dimesso ancora; sei sono lievemente migliorati, dei quali uno più dal lato psichico che fisico; tre sono notevolmente migliorati; quattro sono immutati; uno è morto alla distanza di circa tre mesi dalla malarizzazione. Gli OO. ritengono che la cisterna-malarioterapia costituisca un nuovo metodo efficace per la cura della paralisi progressiva, ed è sopratutto superiore a quella preconizzata da Ducosté, Ferdiere e Collondon che hanno inoculato il sangue malarico nella sostanza bianca del lobo frontale destro e nei ventricoli cerebrali, con una percentuale del 9 % di decessi immediati, col metodo ventricolare.

G. DE NITO. — *Gli ormoni ipotensivi nel determinismo dello shock proteico.*

**Sui movimenti antiperistaltici dell'uretere.**

A. JAPPELLI. — L'O., dopo avere fatto alcune considerazioni sulla struttura ed innervazione dell'uretere, sulla sua peristalsi, sul meccanismo di chiusura dell'ostio uretero-vescicale, tratta delle questioni relative alla insorgenza di movimenti antiperistaltici ed al loro determinismo.

Espone poi il caso di un soggetto quarantaduenne, nel quale, fin dalla età di diciannove anni, fu constatata la presenza di un calcolo nella porzione intramurale dell'uretere sinistro, e tale reperto fu confermato successivamente, a distanza di anni. Nel 1930, e poi nel 1932, ulteriori esami radiografici dimostrarono inoltre la presenza di un altro calcolo nel rene sinistro. Nel 1933, dopo violente coliche con irradiazioni addominali a tipo peritonitico, un nuovo esame dimostrò che il calcolo ureterale aveva abbandonato la sua sede ultraventennale, risalendo nel rene accanto all'altro già ivi constatato.

L'O. illustra il meccanismo in seguito al quale si è potuta determinare la mobilizzazione del calcolo: in ordine di tempo, abolizione della normale peristalsi dell'uretere, dilatazione di esso, reflusso vescico-ureterale, infine contrazioni antiperistaltiche dell'uretere, a punto di partenza dal tratto intramurale. Il caso riferito ha il valore di un esperimento fisiologico sull'uomo, e, fra i non molti esistenti nella letteratura, è uno dei più dimostrativi.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## DALLA PRATICA CORRENTE.

OSPEDALE UMBERTO I — CUORGNÈ.

DOTT. GIOVANNI PERARDI.

### Su un caso di fistola perianale da corpo estraneo.

Il caso che credo opportuno riferire non interessa tanto per la lesione che presentava (una fistola anale cieca esterna) quanto per l'eziologia della fistola stessa.

C. G., anni 52, manovale ferroviario: nulla di notevole nell'anamnesi prossima nè remota. Bevitore di vino e di liquori. Masticatore di tabacco e fumatore. Non ha mai sofferto malattie degne d'importanza.

Il 15 febbraio 1932 in pieno benessere fu colpito da violenti dolori addominali con alvo chiuso, non vomito. Durarono sei ore e scomparvero con l'ingestione di un purgante e la somministrazione di un clistere.

Il giorno dopo al mattino durante la defecazione fu colto da un nuovo dolore puntorio che l'ammalato paragona ad un colpo di coltello alla regione anale. Dopo tale defecazione notò senso di peso al perineo, stimolo alla defecazione, spasmo. Dopo due o tre giorni comparve una tumefazione dura alla regione perianale, dolente spontaneamente e defecazione dolorosa tanto che il paziente evitava nel limite del possibile, mangiando poco, di dover defecare. Siccome il dolore si faceva sempre più vivo e gli impediva anche di camminare liberamente, ricorse all'opera di un medico che gli ordinò impacchi caldi ed applicazione di pomata all'ittiolo. Dopo due o tre giorni di tale cura ebbe, durante la defecazione, abbondante emissione di pus e subito dopo senso di sollievo, sicchè si ritenne guarito e riprese le sue occupazioni. Senonchè notò che ogni giorno, indipendentemente dalla defecazione, fuoriusciva dall'ano un liquame fetido che gli macchiava la biancheria. Dopo un mese ricomparve la tumefazione perianale che già era insorta nel febbraio, ma si risolse di nuovo con riposo a letto e impacchi dopo emissione di pus durante la defecazione. Lo vedo alla fine di marzo e constato: stato generale buono. Individuo sano e di robusta costituzione. Nulla ai visceri toracici ed addominali.

Alla regione anale, sulla parte sinistra del rafe ano bulbare e verso la fossa ischio rettale sinistra, la cute è arrossata, vi è scolo di pus dall'ano. Alla palpazione senso di fluttuazione e rumore idro-aereo. La palpazione è dolorosa e provoca la fuoriuscita di pus icoroso dall'ano.

L'ammalato rifiuta l'esame rettale perchè troppo doloroso.

Faccio diagnosi di fistola cieca esterna con ascesso perianale e gli consiglio l'operazione. L'ammalato non accetta e vuole ancora provare a ripetere la cura che già ha provato precedentemente.

Il 3 maggio però, essendosi ripetuta la tumefazione perianale che lo obbliga ad abbandonare le sue occupazioni ed avendo sempre defecazione dolorosa e la molestia della sensazione data dallo scolo di pus all'ano, si decide per l'operazione.

Entra in ospedale il 3 maggio e viene operato dal dott. Trabucco di Torino: Rachianestesia lombare novocainica.

All'esplorazione con lo speculum anale si rileva sulla parete rettale sinistra, a circa 5 cm. dal margine anale, una piccola apertura da cui fuoriesce pus.

Posizione ginecologica. Incisione arcuata, come per incisione di un ascesso prostatico, dal rafe ano bulbare all'ischio di sinistra. Incisa la cute, si apre una cavità grossa come un uovo di gallina da cui fuoriesce un liquame fetido, icoroso. Detersa tale cavità, viene excisa con le forbici tutta la parete e verso il fondo si riscontra con sorpresa un corpo duro che resiste al taglio. Lavata la parte con acqua ossigenata, l'operatore si rende conto trattarsi di un corpo estraneo che viene tolto con una pinza. Esso è costituito da un pezzo di legno aguzzo alle estremità. Continuata l'excisione di tutta la parete della sacca fin contro il retto, questa comunica con tale cavità per una piccola apertura che viene suturata con un punto di catgut addossando un po' di grasso pararettale. Drenaggio di tutta la ferita con garza al vioformio e medicazione giornaliera. Guarigione dopo 35 giorni.

Un ascesso perianale o perirettale è l'origine abituale della fistola rettale e, a seconda che l'ascesso si fa strada verso l'esterno o verso l'interno o in tutte due le direzioni, abbiamo la fistola cieca esterna, cieca interna o completa nelle due direzioni. Quali cause di questi ascessi, secondo Lokart Mummery sono:

- le cisti congenite;
- i corpi estranei;
- le ragadi e le ulcerazioni;
- le suppurazioni delle ghiandole intramuscolari perianali;
- la tubercolosi.

Ogni corpo estraneo aguzzo o acuminato che sia stato deglutito può, quando giunge alla regione anale, nello sforzo della defecazione ledere la parete dell'intestino ed infettare il tessuto perirettale dando origine ad un ascesso e ad una fistola esterna. Questa evenienza è però rara ed il caso che ho descritto rientra precisamente in questa categoria.

Indagando poi ed interrogando il malato ho saputo che egli aveva l'abitudine di tenere in bocca fra i denti, quando non teneva tabacco, dei pezzi di legno. Indubbiamente egli ne deglutì uno che percorse l'intestino e fu verosimilmente la causa della crisi addominale sofferta nel febbraio e che, durante una defecazione, perforò la parete intestinale procurando il dolore vivissimo accusato dal paziente e de-

terminando l'origine dell'ascesso perirettale e della fistola poi.

RIASSUNTO.

L'A. descrive il caso di una fistola perianale dovuta all'ingestione, da parte del paziente, di un pezzo di legno aguzzo che, percorrendo l'intestino, determinò in un primo tempo l'origine di un ascesso perirettale e poi della fistola. Evenienza rara e quindi degna di essere descritta.

## CASISTICA E TERAPIA.

**A proposito della " osteopsatirosi ,,.**

Bouzon, Holm e Van der Zijpen (*Scalpel*, 27 maggio 1933) riferiscono di aver esaminato una volta una donna, colpita da frattura dell'estremità superiore della diafisi femorale destra, con forte spostamento dei monconi. L'ammalata, da bimba, aveva sofferto di numerose fratture, tutte sopravvenutele senza ragione evidente. Gli AA. studiarono calcio e fosforo nel sangue e trovarono valori normali, talchè non videro come si sarebbe potuto pensare ad una affezione ossea d'origine paratiroidea.

Fecero la comoda diagnosi di « fragilità ossea », e non avrebbero più ricordato il caso, se non avessero poi constatato che il figlio della p., di anni 12, presentava la stessa fragilità ossea. Il ragazzo ebbe fratture multiple, una delle quali verificatasi mentre era a letto. Si trattava della malattia descritta fin dal 1830 da Lobstein, e nota col barbaro nome di osteopsatirosi.

È importante conoscerla, perchè prototipo di affezione famigliare ereditaria. Quando essa compare, si trasmette sempre dal padre o dalla madre ai figli, non a tutti però. Una metà resta sana. I malati trasmettono sicuramente la malattia.

Eredità continua dunque e non atavica; quindi trasmissione a tipo di carattere mendeleiano dominante. L'eziologia è ignota. Nel caso degli AA., la nonna del p. aveva avuto un tifo durante la gravidanza. Chi sa poi che importanza poteva aver avuto. La patogenesi è oscura. Calcio e fosforo nel sangue sono di valore normale, il bilancio del calcio e del fosforo è, contro tutte le aspettative, fortemente positivo, per ritenzione di calcio. non ostante tutte le apparenze di decalcificazione. M. COPPO.

**Rapporti tra spondilosi rizomelica ed infezione gonococcica.**

Bottoli (*Rif. med.*, 1934), dopo aver esposto le varie teorie etiologiche su questa ancora oscura affezione, descrive un caso clinico, che, a parer suo, è molto significativo per una probabile etiologia gonococcica.

*Caso clinico.* — F. N., di anni 31. A 10 anni soffrì di una affezione reumatica, non febbrile. A 18 anni, uretrite gonococcica, curata male e divenuta cronica. A 20 anni, comincia ad accusare lieve dolenzia al tratto lombo-dorsale della colonna vertebrale. Questi dolori, in modo intermittente, durano per sei mesi. Dopo questo periodo divengono più forti e si accompagnano a notevole limitazione funzionale della colonna. Anche le articolazioni coxofemorali, in seguito, sono prese (dolori, poi anchilosi ossea). Entra in ospedale, viene fatta diagnosi di spondilite deformante, e non migliora con le cure fisiche.

Dopo un anno, i disturbi, di nuovo, si accentuano e questa volta si accompagnano a secrezione uretrale con reperto di gonococchi, prostatite ed epididimite gonococcica. Vien curato con vaccino (mixogon) e migliora. La deviazione del complemento con antigene gonococcico dà risultato fortemente positivo.

Il paz. esce dall'ospedale, e dopo sei mesi vi ritorna con artrite acuta del ginocchio destro (reperto di gonococchi nel liquido art.), e con accentuazione dei disturbi vertebrali e coxofemorali. Curato nuovamente con vaccino, migliora, al punto da essere evitata l'anchilosi del ginocchio e ad aversi la scomparsa di tutti i dolori.

L'A. conclude che, almeno una parte di questi casi di spondilosi rizomelica, devono ascriversi al gonococco di Neisser ed alle sue tossine; il caso descritto sarebbe a tal riguardo molto probativo per la coincidenza e per i rapporti tra le due affezioni. M. MIANO.

**Quattro casi di spondilosi rizomelica curati col metodo di Leriche.**

Il metodo di Leriche è la cosidetta « paratiroidectomia fisiologica » ottenuta cioè mediante la resezione delle branche terminali dell'a. tiroidea inferiore.

In quattro casi di spondilosi rizomelica Jasinski G. (*Rev. de Chir.*, 1933, 10) ha eseguito operazioni varie: in un caso in cui era concomitante un gozzo ha praticato una emitiroidectomia; in un altro una asportazione di una paratiroide, in tutti e due i casi associandovi la regione di una a. tiroidea inferiore fra due legature; in altri due casi infine ha praticato semplicemente la sezione di un'a. tiroidea inferiore.

In tutti i casi ha ottenuto un abbassamento della calcemia e un aumento (?) della calciuria, scomparsa dei dolori, parziale recupero della articolarità: in complesso un notevole miglioramento che dura da più di un anno.

Consiglia pertanto di praticare in casi simili l'operazione di Leriche, di più facile esecuzione e che dà gli stessi risultati della paratiroidectomia effettiva.

B. PAGGI.

**Osteoporosi dolorosa posttraumatica del piede con turbe vaso-motorie trattata con la simpatectomia periarteriosa.**

J. De Girardier (*Lyon Chir.*, n. 3, 1933) riferisce un caso di osteoporosi del piede dolorosa consecutiva a frattura di Dupuytren, già datante da un anno che trattò, giusto la proposta di Leriche (*Press. Méd.*, 7 maggio 1933) con la simpatectomia periarteriosa, seguita da scomparsa dei dolori e quasi completa ricalcificazione delle ossa, e da una breve recidiva di 15 giorni dei semplici dolori, che poi non sono più ricomparsi e che lui attribuisce ad una precoce mobilizzazione dell'arto, mentre Leriche raccomanda il lungo apparecchiaggio.

R. GRASSO.

**Malattia di Morquio.**

D. B. Davis e F. P. Currier (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 30 giugno 1934) descrivono due casi di m. di Morquio.

Il Morquio, nel 1929, descrisse una distrofia ossea familiare in bambini apparentemente sani e che sono normalmente cresciuti nel 1° anno di vita e che presentarono, quando cominciarono a camminare, delle modificazioni ossee, che non colpivano la testa nè la faccia, ma che producevano disturbi morfologici e della mobilità, senza dolori. Le deformità erano simmetriche, le estremità erano di lunghezza normale, mentre il torace era ridotto in lunghezza e allargato. Radiologicamente si trovarono esuberanze ossee sulla colonna vertebrale, alle epifisi dell'ulna, agli omeri, alle ginocchia o assenza di ossificazione ai polsi.

Gli AA. studiarono i loro due casi anche per quel che riguarda la calcemia e il timo e in un caso fecero un'encefalografia.

Essi osservarono alterazioni craniche consistenti in scapocefalia con assenza delle linee di sutura oltre quelle già osservate da altri. cioè notevole distanza fra i due occhi, depressione della radice nasale.

Nei due casi non c'erano alterazioni della calcemia (mentre Morquio aveva osservato ipocalcemia).

Certamente la malattia somiglia all'acondroplasia, ma se ne differenzia perchè la malattia colpisce l'intero scheletro e non si localizza alle sole epifisi.

R. LUSENA.

**Trattamento chirurgico della malattia metatarsea di Köhler.**

L. Pozniakov (*Journ. de Chirurg.*, n. 5, 1934) ricorda come in questa affezione molti AA. si mostrano astensionisti avendo l'intervento dato risultati poco soddisfacenti. I processi proposti ed applicati sono stati varî. La resezione della testa dei metatarsi; la sostituzione del midollo del metatarso affetto con midollo sano prelevato dalla tibia; la semplice osteotomia longitudinale dorsale del metatarso allo scopo di mettere a diretto contatto questo midollo con i tessuti molli circostanti.

L'A. ha invece in 5 casi praticato la resezione della testa dei metatarsi sottocapsuloperiostea ed il trapianto osseo prelevato dalla tibia. Ha ottenuto ottimi successi; i trapianti hanno attecchito e pure hanno assunto una conformazione molto simile alle teste dei metatarsi.

Raccomandano il metodo.

R. GRASSO.

## SEMEIOTICA.

**Sul valore clinico di un nuovo metodo per l'esplorazione della funzionalità epatica: la prova della santonina.**

Questo nuovo metodo è stato di recente proposto da Moukhtar e Diévat e si basa sulla proprietà che ha la cellula epatica di trasformare per ossidazione la santonina in ossisantonina: consiste nello studio della curva di eliminazione urinaria di questa sostanza dopo somministrazione per bocca. Si fanno ingerire al paziente al mattino a digiuno e dopo svuotata la vescica, due centigrammi di santonina; si raccolgono ogni ora e per nove ore le orine separatamente. A tre centimetri cubici, di ogni orina si aggiungono cc. 2 di idrato di soda al 15 %. L'ossisantonina che trovasi nelle orine acquista un colore rosso giallastro più o meno intenso. Si prepara una serie di provette contenenti un colorante di confronto (soluzione idroalcoolica di eorina all'1 %) a diluizione scalare e paragonando l'intensità del colore delle varie orine a quello dei controlli si traccia la curva di eliminazione.

Negli individui normali l'eliminazione orinaria comincia dopo circa un'ora ed aumenta fino alla quarta ora, dipoi diminuisce gradatamente.

Nei malati di fegato: in alcuni il massimo della eliminazione si ha più presto e si mantiene quasi ad un livello costante per tutto il resto della prova; in altri si riscontra una eliminazione irregolare ed intermittente.

F. Vannucci e G. Ferrari (*Giornale di Clinica Medica*, 20 settembre 1934) hanno studiato la curva di eliminazione della ossisantonina su individui sani, epatopazienti e portatori di svariate malattie, paragonandola in molti casi con altre prove di funzionalità epatica. Essi hanno così constatato che la eliminazione avviene secondo alcune curve caratteristiche che possono ricondursi ai tre tipi fondamentali descritti dagli ideatori della ricerca. Negli epatopazienti la prova si è dimostrata positiva ed ha dato una curva anormale negli itteri, nelle cirrosi del fegato, nel fegato da stasi, nei neoplasmi del fegato ecc.

I risultati sono stati però discordanti nei pazienti con lesioni renali senza lesioni epatiche e ciò dimostra quanto possa influire il fattore rene sul risultato della ricerca.

Mettono gli AA. infine in luce un inconveniente capace di falsare i risultati della prova e cioè la presenza di forti quantità di pigmenti nelle orine da esaminare.

VICENTINI.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Sulle sostanze coleretiche.

Esperienze su vasta scala sono state eseguite da P. A. Popow (*Münch. Med. Wochenschr.*, 31 agosto 1934), il quale ha determinato l'attività coleretica dei singoli farmaci misurando direttamente la quantità del secreto ricavato dalla fistola del coledoco (la cosidetta fistola acuta del coledoco, secondo il metodo di Stransky). Quali soggetti dell'esperimento figuravano i cani; a scopo di controllo, per escludere la possibilità di un'aumento apparente dovuto alla contrazione della colecisti, il dotto cistico spesso veniva legato.

Le esperienze dell'A. hanno il merito di stabilire definitivamente il valore coleretico di alcune sostanze, riguardo le quali le opinioni erano finora discordi. Così si è visto che il salicilato e il benzoato, contrariamente alle asserzioni di Zunz, sono effettivamente coleretici, mentre il chinino, la radice di colombo, il nitrito di sodio agiscono nel senso di iposecrezione; l'urotropina, il bicarbonato e il citrato di sodio non esplicano influenza alcuna.

Fra i coleretici più potenti (entro 1-5 ore dalla somministrazione) vanno annoverati: il boldo, l'acido lattico, il salicilato di sodio, l'atofan, il cloralio idrato (in un caso la dose considerevole di quest'ultimo ha fatto aumentare il flusso di circa 20 volte), alcuni olii eterei come p. es. l'olio di menta, di anice ecc. Sia la papaverina che la morfina e il pantopon presentarono un'azione difasica; per la prima la fase di iposecrezione precedeva quella di ipersecrezione, mentre l'inverso si verificava per le due ultime; tale fatto sarebbe dovuto, secondo l'A., alla breve fase acidosica seguìta da quella alcalosica che la morfina provoca nell'organismo.

In genere l'A. avrebbe notato che le sostanze a carattere acido o quelle che danno dei prodotti acidi nelle loro trasformazioni endorganiche (ossidazione, accoppiamento) posseggono proprietà coleretiche spiccate. Sembra che le valenze acide fissate dal fegato eccitino la sua attività escretrice (ed anche glicogenolitica: così il cloralio idrato provocherebbe una iperglicemia mentre il veronal che è anticoleretico abbassa il tasso glicemico). Va notato che l'azione coleretica degli acidi inorganici (ac. cloridrico, solforico, fosforico ecc.) non è molto pronunciata (aumento di 2 volte della secrezione); lo stesso dicasi per l'ac. acetico; molto più attivi sarebbero l'ac. lattico e il canforico.

All'aumento del flusso biliare per l'influenza delle sostanze coleretiche corrisponde una relativa diluizione del liquido secreto che diventa più povero in acidi e pigmenti biliari. Si noti inoltre che i farmaci coleretici sono per lo più anche sincholici; queste due ultime proprietà in unione anche a debole qualità antisettiche contribuiscono a farne dei « disinfettanti » delle vie biliari; del resto talora basta l'azione meccanica intensa (come per l'idrato di cloralio) per addivenire agli stessi risultati.

S. MINZ.

## VARIA

### Un concorso ad esaltazione della maternità.

Il Circolo di Genova dell'Associazione nazionale fascista artiste e laureate, che è aderente alla Confederazione nazionale fascista professionisti e artisti, ha bandito un concorso fra gli artisti italiani rispettivamente iscritti al Sindacato nazionale fascista delle arti e all'Associazione nazionale artiste e laureate, per una opera d'arte (pittura, scultura o bianco-nero) ispirata al tema: « Sogni di madre ».

Le dimensioni minime del soggetto devono essere di mezzo metro quadrato di superficie per le pitture e metri cubi 1 di ingombro per la scultura e da 20 a 100 decimetri per il bianco-nero.

Le opere dovranno pervenire alla sede dell'Associazione nazionale artiste e laureate in Genova non oltre il 30 dicembre 1934-XIII. Una Commissione presieduta dall'on. Maraini, e composta da 2 artisti nominati dal Sindacato interprovinciale fascista di Belle arti di Genova e da due artisti nominati dall'A.N.P.L. appartenenti allo stesso Sindacato, procederà al giudizio inappellabile del concorso.

Le opere dovranno essere contrassegnate da un motto; l'artista concorrente scriverà il proprio nome e cognome e indirizzo, trasmettendolo in busta chiusa, all'esterno della quale sarà ripetuto il motto assunto.

Il concorso è dotato di due premi di lire 5000 ciascuno, uno per la pittura e l'altro per la scultura e di un premio di lire 2000 per il bianco-nero; oltre 3000 lire a giudizio della commissione saranno suddivise a titolo di premio tra le altre opere più meritevoli, lasciandone la proprietà all'autore. Un altro premio di lire mille dell'Associazione nazionale artiste e laureate, sarà riservato ad un'artista pittrice o scultrice. Eventualmente saranno assegnati altri premi in medaglie.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. F. STEFANINI. *Le sorprese che talvolta nascondono i traumi alla mandibola.* — Progr. Terapia, Milano, 1934.

G. BASILE. *Il diabete malattia sociale.* — Tip. Jovene, Napoli, 1934.

P. PICCININI. *Andrea Bacci Elpidiano e la sua opera idrologica.* — Tip. Cordani, Milano, 1934.

G. ASCHIERI. *Calcioterapia intensiva ed autoemoterapia associate nelle malattie mentali.* — S. A. Industrie Grafiche, Ferrara, 1934.

A. M. FIAMBERTI. *Lo stato attuale dell'endemia gozzo-cretinica in Valtellina.* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1934.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

### Il nuovo T. U. delle Leggi Sanitarie.

In seguito all'entrata in vigore del nuovo Testo Unico della Legge sanitaria, recentemente emanato dal Governo fascista allo scopo di dotare le pubbliche amministrazioni di ampi e migliori congegnati poteri per il raggiungimento delle finalità fissate dal Regime nel campo della tutela e dello sviluppo fisico della razza, il Sottosegretario di Stato agli Interni, on. Buffarini, ha inviato ai Prefetti del Regno precise disposizioni sul contenuto e sulla portata del nuovo importante complesso legislativo (circolare 20 agosto, n. 20173-15-45).

Le disposizioni del Sottosegretario di Stato agli Interni illustrano dettagliatamente i vari titoli delle singole disposizioni contenute nel Testo Unico.

Egli rileva che il criterio direttivo che ha ispirato la composizione del Testo è stato quello di rendere sempre più efficienti i poteri delle autorità sanitarie, sia centrali che periferiche, estendendo l'azione di vigilanza e di controllo delle autorità medesime su ogni attività anche privata, che abbia finalità inerenti alla salute pubblica.

Organi periferici dell'autorità sanitaria sono nelle provincie i Prefetti e nei Comuni i podestà. Al centro, accanto al Ministro degli Interni, vi è la Direzione generale di Sanità Pubblica della quale fa parte l'Istituto di Sanità Pubblica, organo di indagini scientifiche applicate alla tutela della salute pubblica e congegno per addestrare e specializzare il personale tecnico laureato già addetto, o che voglia dedicarsi ai servizi di sanità e di igiene alle dipendenze dello Stato, delle provincie, dei comuni e delle pubbliche amministrazioni, mediante corsi di insegnamento e di aggiornamento delle speciali applicazioni pratiche all'igiene.

Dopo aver parlato del Consiglio superiore di Sanità e del Consiglio provinciale di Sanità, in rapporto alla loro composizione come alle loro nuove attribuzioni, le disposizioni impartite trattano dei servizi comunali di vigilanza igienica, rilevando che a questi i comuni provvedono isolatamente o uniti in Consorzio e che soltanto in via eccezionale e quando non sia possibile la costituzione di Consorzio, si potrà provvedere con l'incarico al medico condotto. Questa direttiva, che differisce alquanto da quella finora seguita, deve essere tenuta presente dai Prefetti.

Il relativo regolamento, che dovrà essere approvato al più presto, deve contenere il piano organico dei servizi di vigilanza sanitaria delle Provincie e le norme generali inerenti al servizio stesso, allo stato giuridico ed al trattamento economico degli ufficiali sanitari, salva bene inteso la determinazione degli stipendi minimi, cui è provveduto in conformità delle disposizioni di Legge.

Particolare importanza hanno inoltre le norme che si riferiscono ai servizi di assistenza e profilassi demandati alle Provincie. Si rileva in proposito che sono state riunite opportunamente le disposizioni sui servizi sanitari integrativi e di istituto che le Leggi fasciste hanno assegnato alle Provincie, alle quali è affidata una funzione sanitaria che si rileva sempre più importante. Tali norme tendono a sviluppare l'attrezzamento tecnico delle Provincie, i cui servizi mediante l'ottima rete stradale ed i mezzi automontati, sono in condizione di raggiungere sollecitamente con completezza di assetto gli abitati rurali anche i più lontani, facilitando così l'incremento della vita rurale secondo le direttive del Governo. Sulla base comunale, infatti, tali scopi non possono essere raggiunti per scarsezza di mezzi. Nè è dubbio che le Provincie dovranno completare i propri servigi sanitari allo scopo di sviluppare l'organizzazione sanitaria provinciale in un piano totalitario, evitando doppi impieghi, stipendi e interferenze per difetto di coordinazione.

Il nuovo Testo Unico facilita tale soluzione riproducendo e rafforzando le disposizioni del R. D. 30 dicembre 1923 sui servizi sanitari della Provincia, che devono funzionare nei riguardi tecnici sotto la direzione e alla diretta dipendenza del medico provinciale.

In merito alla prevista autorizzazione governativa per l'apertura di officine di prodotti chimici e di preparati galenici, si dispone che i prefetti predispongano il censimento di tutte le officine del genere esistenti nella provincia.

Si richiama poi l'attenzione delle autorità competenti sulla importanza che specialmente l'igiene delle stalle e delle concimaie assume nella lotta contro le mosche, e per tanto nell'azione di risanamento rurale intrapresa dal Governo.

Occupandosi dell'azione che deve essere svolta contro le malattie infettive sociali, il Sottosegretario agli Interni ricorda che il compito dello Stato, che nel precedente Testo Unico era prevalentemente medico, si anima e si eleva al grado di medicina preventiva sociale, di medicina politica. I provvedimenti non considerano semplici misure repressive per impedire la diffusione del contagio, ma si estendono alla prevenzione, alla assistenza sanitaria sociale, ai fini di conoscere e correggere tempestivamente le tare organiche e di rafforzare l'organismo per metterlo in condizione di resistere contro le malattie.

Il Ministero dispone inoltre che la norma, la quale ai fini dell'incolumità della razza e della rigorosa tutela della sanità pubblica dà facoltà alla autorità sanitaria di imporre la visita medica preventiva e periodica per il personale addetto alla preparazione, manipolazione e vendita di alimenti e bevande, e di escludere dall'esercizio di tali attività coloro che risultino affetti da malattia diffusiva, abbia sollecita, piena e rigorosa attuazione.

In conseguenza i prefetti impartiranno le opportune disposizioni affinchè tutti coloro che sono addetti alle attività suaccennate siano sottoposti a vista sanitaria e muniti del certificato attestante le loro condizioni di salute.

Il Sottosegretario di Stato agli Interni conclude confidando che il nuovo Testo Unico troverà quella sollecita, completa e diligente applicazione da parte delle autorità preposte ai servizi sanitari dei Comuni e delle Provincie, e che da tale applicazione potrà iniziarsi un periodo di ulteriore risanamento e miglioramento della razza in conformità dei fini e delle direttive che da oltre un decennio guidano l'azione del Governo in materia di sanità pubblica.

# CONCORSI.

**POSTI VACANTI.**

ABBIATEGRASSO (*Milano*). *Ospedale di Circolo « Costantino Cantù »*. — La chiusura del Concorso al posto di Direttore e di Medico Primario del predetto ospedale che doveva aver luogo al giorno 20 settembre 1934-XII, è prorogata alle ore diciotto del giorno trenta novembre del corrente anno, ferme restando le condizioni stabilite nel primo avviso di concorso. Per ulteriori informazioni e per ottenere copia del bando di Concorso e dei regolamenti, rivolgersi in Abbiategrasso all'Amministrazione dell'Opera Pia sumenzionata.

CALVI NELL'UMBRIA (*Terni*). — Scad. 15 nov., ore 12; abitanti 3102; Km. 31 da Terni; età limite 35 anni; tassa L. 50,10; documenti a 3 mesi dall'1 ottobre; stipendio L. 8600; L. 600 per uff. san.; riduzioni e ritenute di legge; indennità caro-viveri; L. 4000 mezzi di trasporto; non meno di tre aumenti quadriennali di un decimo dello stipendio iniziale. Altre modalità consuete. Assunzione del servizio entro 20 giorni dalla nomina.

CATANZARO. *Consorzio Antitubercolare*. — Due distinti Concorsi, per titoli ed esami, pei seguenti posti: *a*) Medico Direttore della Sezione Dispensariale di Vibo Valentia; *b*) Medico Direttore della Sezione Dispensariale di Nicastro. Annuo stipendio per ognuno di detti posti L. 6000 oltre indennità di servizio attivo L. 1500, tutto al lordo delle riduzioni e tasse e Cassa Previdenza. Libero esercizio professionale subordinatamente ai doveri d'ufficio e senza uso dei locali e mezzi forniti dal Consorzio. Scad. ore 12 del 12 novembre. Documenti di rito comprovanti età massima anni 45; tali documenti possono valere per ambedue i Concorsi. La nomina cadrà sul primo classificato e, in caso di rinunzia, sul secondo. Nomina per un quinquennio, tacitamente rinnovabile. Rivolgersi alla Segreteria.

GUARDIA PIEMONTESE TERME (*Cosenza*). — Scad. 20 ott.; per Acquappesa; L. 6000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 trasp.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

LA SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III*. — Medico specialista in Otorinolaringoiatria col titolo di primario. Concorso per titoli e per esami con scadenza al 24 novembre 1934-XIII. Periodo di prova anni 5. Stipendio annuo L. 6000 suscettibile di quattro aumenti quinquennali di L. 500 ciascuno. Cointeressenza del 30 % sugli ammalati paganti in proprio in base alla tariffa vigente. Il tutto soggetto alle trattenute e riduzioni di legge. Età massima anni 45, s. e. l. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale Civile.

LUCCA. — La Presidenza dei RR. Spedali ed Ospizi, informa che il concorso bandito per: un posto di Medico Aiuto di medicina; un posto di Medico Aiuto di chirurgia; un posto di Medico Assistente di chirurgia; un posto di Levatrice assistente, nei predetti RR. Ospedali ed Ospizi, è stato prorogato a tutto il 31 corrente mese di ottobre 1934-XII. Gli interessati potranno rivolgersi direttamente alla Segreteria dell'Ente per ottenere il bando di concorso.

MESSINA. *Ospedale Civico « Piemonte » e Ospedale Consorziale « Regina Margherita »*. — Il Commissario Straordinario per le Opere Pie Ospedaliere, visto il bando di concorso 14 agosto 1934 per la nomina al posto di Direttore sanitario dei due Ospedali qui sopra menzionati; vista la deliberazione 29 agosto u. s., n. 184-bis/102-bis, debitamente approvata, con la quale, mentre si proroga il termine per la presentazione delle domande e documenti al 31 ottobre 1934, e stabilisce che a detto concorso possono anche partecipare i liberi docenti in Patologia Chirurgica, ferme restando tutte le altre condizioni, modalità e requisiti prescritti dal bando predetto, ha, in data 28 settembre u. s., reso noto e confermato che il termine utile per la presentazione delle istanze documentate per partecipare al Concorso è valido a tutto il 31 ottobre 1934 e che al concorso medesimo, oltre i liberi docenti in Igiene o Patologia Medica, possono prendere parte anche i laureati in medicina e chirurgia forniti della Libera docenza in Patologia Chirurgica. Tutte le altre condizioni, modalità e requisiti prescritti nel bando, restano immutate.

MILANO. *Ospedale Fatebenefratelli - Fatebenesorelle - Ciceri - Agnesi*. — Concorso per titoli ed esami a un posto di aiuto chirurgo. Stipendio L. 7300 ridotto a norma di legge. Nomina per un triennio, salvo successive conferme per uguale periodo fino alla durata massima di 15 anni. Istanza in bollo da L. 3. Titoli e documenti di rito. Limite età anni 35 (salvo diritti per servizio militare) e inscrizione al P. N. F. prima del 28 ottobre 1922. Pei già in servizio presso l'O. P. il limite d'età è aumentato di 7 anni. Scadenza ore 15 del 27 dicembre. Per ulteriori notizie rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto.

MILANO. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 30 nov.; due medici primari o di Sezione nell'Ospedale Psichiatrico Provinc. di Mombello di Limbiate; lire 13.000, 4 trienni e 4 quadrienni di L. 1400, serv. att. L. 3000; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; rivolgersi all'Amministraz. Prov., via Monforte 31.

PAVIA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 15 dic., ore 17; due medici assistenti presso l'Ospedale Psichiatrico in Voghera; titoli scientifici e pratici; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; documenti a 3 mesi; stip. L. 9500, 3 trienni e 2 quadrienni del decimo, oltre L. 2100 serv. att., c.-v. Chiedere annunzio.

ROMA. — *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Fano I, Francavilla a Mare, Narni, Pergola, Porto Civitanova II, Porto d'Ascoli, Torre dei Passeri, (Ancona); Brindisi I, Venosa I, (Bari); Ca' di Landino, Mantova II, Mercatale di Vernio, Pianoro, Poggio Renatico, Rimini III. Vado, (Bologna); Cagliari I, Iglesias, Macomer II, (Cagliari); Pozzallo, (Catania); Altopascio, Castiglione Fiorentino, Figline, Ponte a Moriano, Scandicci, (Firenze); Ascoli Satriano, Campomarino, Cerignola I, Lioni. Melfi II, S. Severo II, (Foggia); Lavagna, Novi Ligure I, San Remo, Savona III, (Genova); Arona II, Castelvetro, Domodossola II, Ghedi, Pavia I, (Milano); Aversa, Campobasso II, Larino, Portici II, S. Croce del Sannio, Sessa Superiore, (Napoli); Cefalù II, Misilmeri, (Palermo); Aulla, La Spezia I, La Spezia IV, Pisa V, Saline di Volterra, Sarzana I, (Pisa); Battipaglia II. Reggio Calabria II, Villa S. Giovanni, (Reggio Calabria); Aquino, Avezzano II, Bracciano, Celano, Fondi I, Grosseto I, Magliano Sabina, Viterbo II, (Roma); S. Marco Roggiano II, (Taranto); Ceva II, Moncalieri II, Vercelli I, (To-

rino); Bressanone, Bolzano I, (Trento); Aurisina, Gemona, Tricesimo (Trieste); Portogruaro II, Treviso II, (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 12 novembre 1934-XIII.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Al 15 novembre 1934-XIII, ore 17,30, viene prorogato il termine di ammissione al concorso per titoli ed eventualmente per esami al posto di Chirurgo primario presso l'Ospedale Civile Principale per la Divisione Chirurgica II. La nomina è soggetta a conferma o disdetta entro il primo biennio, e l'Ufficio cesserà quando il titolare compia il 60° anno di età, salvo proroga per non oltre un quinquennio. L'assegno annuo è di L. 6000 non suscettibile di aumento, e gravato di tutte le ritenute di legge e verrà ridotto a norma del R. D. Legge 20 novembre 1930, n. 1491 e del R. D. Legge 14 aprile 1934, n. 561. Tassa L. 50 al tesoriere. Età limite 45 anni o 50 qualora il candidato abbia coperto per almeno cinque anni corrispondente posto presso altro Ospedale, tenute pure presenti le disposizioni a favore degli ex combattenti, e di coloro che risultino regolarmente inscritti al P. N. F. prima del 28 ottobre 1922, a norma e nei limiti delle vigenti disposizioni legislative. Certificati di data non anteriore di tre mesi al 18 luglio 1934. Chiedere avviso.

VICO NEL LAZIO (*Frosinone*). — Scad. 15 nov.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san., L. 1200 trasp.; età limite 40 a.; tassa L. 50,10.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. George K. Fenn è nominato presidente della Società di medicina interna di Chicago.

L'Associazione Medica Britannica ha assegnato il premio clinico « Sir Charles Hastings » per il 1934 alla dott.a Dulcie Helen Lukis, per uno studio intitolato « I problemi dell'anestesia nella pratica generale »; ha assegnato il premio biennale « Katherine Bishop Harman » al prof. John Munro Kerr, per lo studio « Mortalità e morbosità materne ».

La Società americana di patologi clinici ha conferito la medaglia Ward-Burdick al prof. Roy R. Kracke per la sua opera sull'angina agranulocitica.

Il più alto premio scientifico del Giappone, detto « premio accademico », è stato conferito al prof. Hiroshi Kon, dell'Università imperiale Hokkaido per i suoi studi sulla reazione argentica del protoplasma.

Il Collegio dei Medici di Filadelfia ha assegnato il premio Alvarenga per il 1934 al dott. Ernst Gellhorn, professore di fisiologia all'Università dell'Illinois in Chicago, per uno studio relativo all'influenza del paratormone sul sistema neuromuscolare.

Il prof. Hans Naujoks, aiuto alla clinica ginecologica di Marburgo, è chiamato alla cattedra di ostetricia e ginecologia di Colonia.

Il dott. Edward C. Rosenow di Rochester è nominato dottore in scienze *honoris causa* dal « Carleton College » di Northfield (Minnesota).

Nell'Università di Lione il prof. Savy passa dalla cattedra di terapia a quella di clinica medica.

Nell'Università di Lilla il prof. Vanverts è nominato titolare della cattedra di clinica chirurgica infantile e ortopedica, al posto del prof. Le Fort, che passa alla clinica chirurgica.

Il prof. Haim I. Davis è nominato emerito di psichiatria, alla Scuola medica dell'Università di Chicago, con preghiera di continuare l'insegnamento.

Il prof. E. Jacobsthal, di Amburgo, è nominato professore di batteriologia e direttore dell'Istituto batteriologico dell'Università di Guatemala.

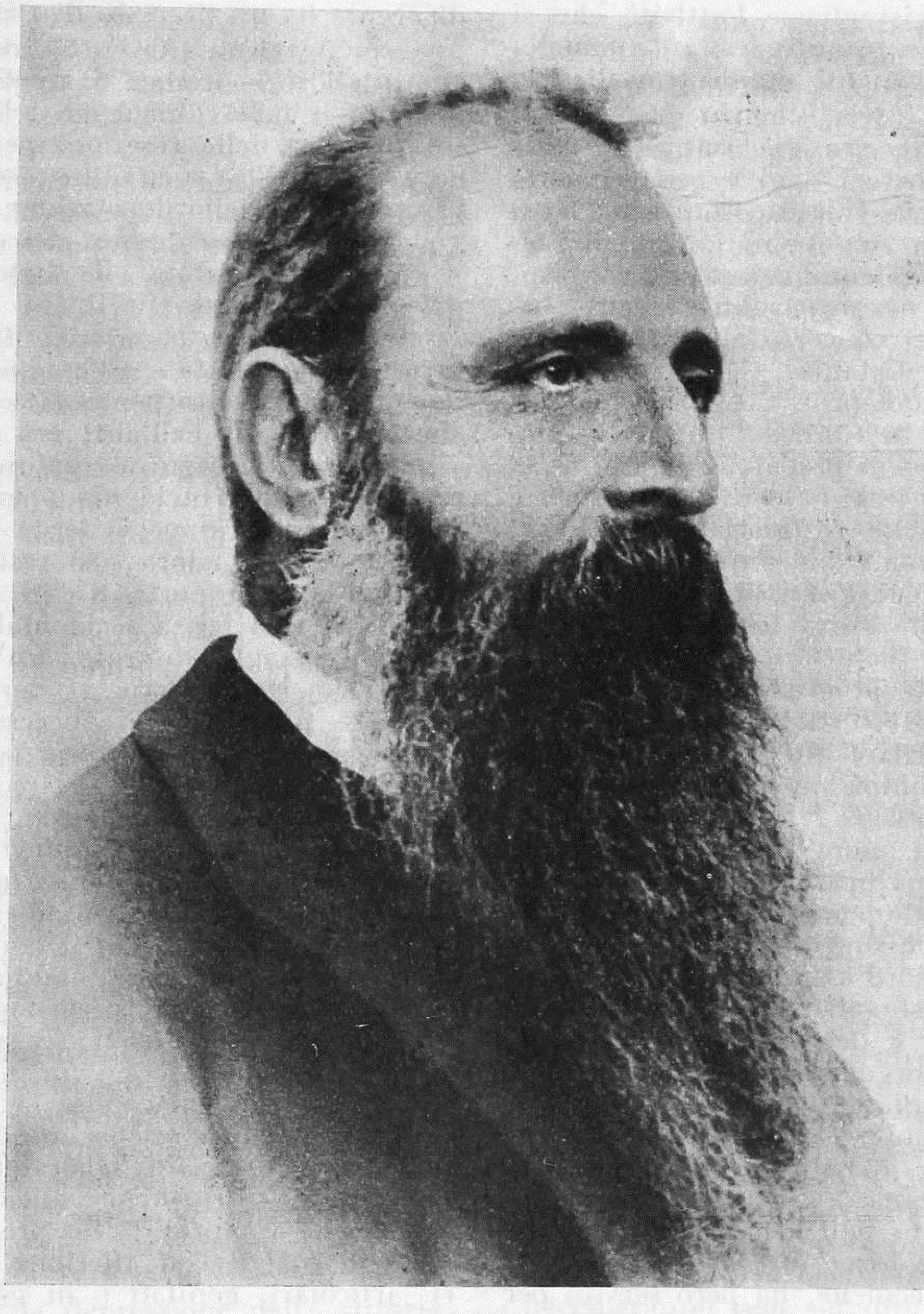
Il prof. C. Man, di Kiel, è chiamato alla cattedra di ortopedia di Amburgo.

# FRANCESCO DURANTE

L'impressione arrecata della notizia della sua morte, per quanto data la tarda età e le sofferenze degli ultimi tempi, non del tutto inaspettata, è stata estremamente forte in noi, che l'abbiamo avuto maestro e quasi padre per tanti anni, e ci eravamo abituati a considerarlo come sempre presente, non pensando neppure alla possibilità della sua perdita, tanto lo vedevamo vegeto e alacre d'intelligenza nelle frequenti visite che faceva a Roma per le sessioni del Senato, senza dimenticare mai la « sua clinica ».

Era nato a Letojanni (Messina), dove è spirato, più di novanta anni fa, il 29 giugno 1844.

Studiò in varie Università, ma specialmente a Napoli e a Firenze, dove prese la laurea in Medicina e Chirurgia, ma versato com'era specialmente nell'anatomia e istologia patologica, volle recarsi all'estero per completare le sue conoscenze e fu a Parigi col Ranvier, a Berlino col Virchow. Mentre era a Berlino scoppiò la guerra franco-prussiana del '70 ed egli prestò la sua opera nella sanità militare tedesca, colla Croce Rossa, sino alla fine della campagna. Forse dalla cura dei feriti si risvegliò in lui la passione per



(29 Giugno 1844 — 2 Ottobre 1934).

la chirurgia, che fu poi il campo cui si dedicò con tutte le forze, e in cui emerse subito per la sua preparazione completa anatomica, patologica ed embriologica, venendo a Roma e pubblicando importanti lavori nel Giornale fondato appunto allora, subito dopo l'annessione all'Italia, dall'altro suo illustre conterraneo, Francesco Todaro, primo Professore di Anatomia e di Embriologia nella nostra Università.

Costanzo Mazzoni, clinico di Roma, che ne

apprezzava il valore nel campo della Patologia chirurgica, lo volle al suo fianco, e gli affidò quell'insegnamento, in cui egli portò una somma di cognizioni e un indirizzo scientifico, in quel tempo sconosciuto in Italia.

Datano da quell'epoca alcuni dei lavori più importanti, come quelli sull'infiammazione delle pareti vasali e dell'organizzazione del trombo e soprattutto la geniale teoria sulla *genesi dei tumori* da germi embrionali aberranti, inclusi, che egli appoggiò con ricerche istologiche precise sui nei materni dermoidali ed epidermoidali, chiarendo la ragione per cui alcune volte da essi si vedono sorgere tumori a tipo sarcomatoso, ed altre volte a tipo epiteliomatoso, a seconda la presenza di elementi connettivali o epiteliali aberrati e rimasti inerti per lungo tempo, sino a che una causa di vario genere non ne risvegliasse l'attività che si svolgeva allora in modo tumultuario ed anomalo, appunto perchè gli elementi erano rimasti allo stato embrionale. La teoria, che fu poi ripresa e diffusa dal Conheim, era già completa nelle osservazioni di Durante, ed oggi è generalmente riconosciuta come teoria Durante-Conheim. È di quel tempo anche una sua memoria sugli epiteliomi che ebbe in Italia consensi e portò ad applicazioni chirurgiche nuove, scientificamente basate e che gli servì nel concorso alla Cattedra di anatomia patologica a Catania.

Nel 1885 alla morte del prof. Costanzo Mazzoni, egli salì alla Cattedra di Clinica Chirurgica, giovane d'anni, ma maturo di preparazione e di esperienza, iniziando quell'insegnamento scientifico e clinico a un tempo, che fu gloria sua e della scuola chirurgica romana e che continuò indefesso sino al 1919, epoca in cui, per i limiti d'età, dovè lasciare la cattedra, che aveva tenuto per trentaquattro anni, e dalla quale tanta luce di scienza aveva irradiato e tanti progressi apportati nella dottrina e nella tecnica chirurgica.

Non è possibile ricordare qui tutte le sue pubblicazioni e tutti i campi, in cui portò l'opera sua preziosa e duratura.

È titolo di massimo onore per lui l'avere eseguito nel 1887 la prima operazione di asportazione di tumore cerebrale che sia stata fatta nel mondo. Oggi che la chirurgia cerebrale si è così diffusa in tutte le nazioni e specialmente in America la quale si è posta alla testa del progresso coll'opera di Cushing e dei suoi allievi, è veramente nostro grande orgoglio pensare che l'èra è stata iniziata da lui italiano, ciò che Cushing stesso recentemente ha voluto rievocare nei suoi particolari, cercando qui a Roma i dati di quella prima operazione lontana.

Fu appunto allora che egli ideò quel suo lembo osteoplastico a *brattee ossee discontinue* che, superato oggi da altre tecniche, ha però servito per molti anni come il processo migliore di craniectomia temporanea, ed è usato anche adesso per rovesciamento, onde provvedere a colmare perdite di sostanza ossea del cranio.

Un altro processo operatorio che rappresentò un grande progresso nella chirurgia degli arti, fu la *resezione cuneiforme dell'articolazione del ginocchio*, che è sempre un ottimo processo, e viene tutt'ora adoperato non solo dalla nostra scuola, ma anche da altre.

Nel campo della chirurgia ossea e articolare è degno anche di ricordo il contributo che egli ha portato all'*artroplastica*, specialmente del gomito, coi suoi metodi a lembi che hanno rappresentato un notevole progresso su quelli sino allora usati e sono anche oggi da molti preferiti. Così l'*astragalectomia* parziale o totale ottenuta mediante svuotamento dell'osso, nei bambini sia sui piedi torti congeniti che in quelli paralitici, ottenendo nei primi la facile correzione della deformità, e nei secondi determinando colla fissazione dell'articolazione tibio-tarsica e delle ossa residue del tarso un'artrodesi solida. Il processo fu da lui proposto ed attuato prima che da altri, cui fu erroneamente attribuito.

Lo stesso dicasi del suo processo di resezione dell'articolazione della spalla.

Nella chirurgia cerebrale il Durante ha pure un metodo proprio di *ipofisiectomia* per via faringea, anatomicamente preciso; nel campo del sistema digerente ha un processo di asportazione della lingua con legatura preventiva dell'arteria linguale, che migliorò la tecnica di quelli del Regnoli e del Kocher: e nella chirurgia dello stomaco egli fu un pioniere delle resezioni per cancro. Da ricordare ancora le sue numerose osservazioni sull'importanza della formazione di un ano artificiale in numerose lesoini del colon e del retto, e il contributo portato alla tubercolosi del cieco e del piloro. Geniale fu il suo lembo plastico per la stenosi pilorica che derivò da un'accidentale lacerazione avvenuta nell'eseguire una dilatazione del piloro, ristretto per cicatrice. Poichè una delle sue qualità più brillanti era quella della calma vigile con cui eseguiva qualunque atto operativo, donde qualsiasi incidente operatorio non lo sgomentava, ma era spesso fonte di improvvise e geniali idee, che talora così restavano come proposte nuove ed importanti.

Così ad una ferita accidentale dell'arteria ascellare, occorsagli durante un'amputazione della mammella per cancro, si deve la prima sutura arteriosa praticata con successo, seguita a breve distanza da una dell'arteria poplitea, nell'estirpazione di un voluminoso sarcoma della testa del perone. Successo che ebbe anche una grande importanza per i risultati immediati, fu quello della *laringectomia con lembo cutaneo* col quale egli chiudeva la breccia faringo-esofagea. Se infatti, anche dopo pochi giorni il lembo cede in qualche punto, esso costituisce nondimeno già una salvaguardia contro le pericolose bronco-polmoniti *ab ingestis*, assai facili ad avvenire negli altri metodi.

Un campo in cui eccelse la sua opera, poggiata su osservazioni cliniche minute e lunghe e su dati sperimentali e di laboratorio, fu la *cura delle tubercolosi chirurgiche* colla soluzione jodo-jodurata che appunto da lui prende il nome. Il numero di malati con affezioni specifiche glandolari, articolari, genitali e in genere di qualunque localizzazione accessibile, guariti senza mutilazioni e spesso col permanere della funzione, attesta il valore di questo trattamento, anche oggi largamente usato, in associazione ad altri mezzi conservativi, e dimostra come il chirurgo, se vero scienziato come egli era, non cerca sempre la guarigione dall'intervento operativo, ma preferisce, quando è possibile, ottenerla senza mutilazioni e pericoli.

L'efficacia del suo insegnamento è dimostrata dal numero di valorosi chirurgi, insigni sulla cattedra e nella pratica, che sono usciti dalla Scuola di Roma e fu confermata durante la guerra in

cui i giovani chirurghi provenienti dalla Scuola di Roma si dimostrarono e furono considerati fra i più sicuri ed esperti di tutta Italia.

Dei Suoi aiuti furono elevati all'onore della Cattedra i proff. Tricomi, Alessandri, Dalla Vedova, Roncali, Biagi, Perez, e anche dopo il suo ritiro, della sua scuola sono da considerare i proff. Leotta, Baggio, Gussio, Dominici, Brancati, e se anche non direttamente suoi assistenti, del suo insegnamento si sono anche in parte giovati i proff. Purpura, Righetti, Maragliano D. ed altri.

Il *Trattato di Patologia e Terapia Chirurgica* che egli scrisse nel 1895, e che ebbe una seconda edizione nel 1903 è stato uno dei migliori e più completi trattati di chirurgia di quel tempo, in Italia e anche all'Estero, ed ha servito per molti anni come testo a più generazioni di studenti della nostra e di altre Università.

Tutta questa opera di attività didattica e scientifica non è sufficiente a dare però l'idea della sua intensa attività e della sua bontà e dirittura d'animo.

Egli fu con Guido Baccelli l'ideatore e il propugnatore della costruzione di un grande Ospedale clinico, che doveva servire all'insegnamento, e se il Policlinico di Roma da tempo costituisce l'ammirazione dei medici stranieri, benchè alquanto deviato dall'idea prima nel suo indirizzo, si deve in massima parte alla sua opera indefessa presso il Presidente del Consiglio dell'epoca, Francesco Crispi.

Fondò, sempre col Baccelli, il giornale « il Policlinico », che dai suoi due grandi fondatori prende la forza per continuare la tradizione gloriosa.

Nominato Senatore del Regno nel gennaio 1889, appunto dal Crispi, era sinora il decano del Senato per anzianità di nomina; ma era ancora e sempre diligente alle sessioni, e anche ultimamente ha portato la sua parola elevata e sempre opportuna in numerose questioni.

Fu fra i primi assertori dell'entrata in guerra dell'Italia, e noi che gli eravamo vicini, ricordiamo ancora il suo entusiasmo patriottico, e la sua volontà, benchè già avanti con gli anni, di rendersi utile. Come presidente del Consiglio Sanitario del Lazio, e come Medico Capo del Sovrano Militare Ordine di Malta dette infatti la sua opera instancabile in Roma e in zona di guerra, per il miglior ordinamento del servizio sanitario. Scrisse anche in quegli anni sul suo giornale « Il Policlinico » articoli *sulle infezioni nelle ferite di guerra* e *sul trattamento delle ferite e fratture articolari da armi da fuoco.*

Fu tra i primi che aderì al nuovo Regime, dopo la Rivoluzione delle Camicie Nere, egli che era addoloratissimo e indignato per gli eccessi dei sovversivi e per la depressione della vittoria. Entusiasta della valorizzazione dei combattenti ottenuta dal Regime e della creazione del nuovo spirito nazionale, sostenne sempre, fin dall'inizio, in Senato e fuori, il movimento di ripresa della Nazione.

Onore alla sua grande anima di patriotta e d'italiano, che Egli seppe adornare di così eccelse doti, fra le quali primeggiano quelle di chirurgo e di scienziato insigne.

ROBERTO ALESSANDRI.

# NOTIZIE DIVERSE.

**23° Congresso per il progresso delle scienze.**

Si è svolto a Napoli, con larghissimo intervento di studiosi. La solenne seduta inaugurale ebbe luogo l'11 corr., al Castel Nuovo; erano presenti il Duca di Spoleto in rappresentanza del Re, il cardinale Ascalesi, il ministro De Francisci in rappresentanza del Governo e altre altissime autorità e personalità. Tenne il discorso inaugurale l'on. De Francisci; poi l'accademico Parravano lesse un messaggio di Guglielmo Marconi (impossibilitato a intervenire), che esalta la scienza, da cui l'umanità deve attendersi ancora i maggiori benefizi, purchè essa sia organizzata e disciplinata; inneggia all'attuale rinnovamento italiano, che il Duce ha saputo creare.

I lavori hanno assunto ampio sviluppo; parecchi contributi interessano la medicina; segnaliamo le relazioni del prof. Herlitzka sull'azione biologica delle onde hertziane corte, di padre Gemelli sulla fisiologia e la psicofisiologia degli aviatori; dell'on. Morelli sui fondamenti scientifici della lotta antitubercolare e sull'organizzazione di essa in Italia, ecc.

Non mancheremo di dare un resoconto dei lavori, nella parte che più interessa i lettori del « Policlinico ».

**Le Forze Sanitarie combattentistiche.**

Il 4 novembre avrà luogo una grande adunata di tutte le forze Sanitarie combattentistiche che comprendono Ufficiali Medici del R. Esercito, della R. Marina, della Croce Rossa Italiana, del Sovrano Militare Ordine di Malta, farmacisti militari, cappellani militari ed infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana.

Questa adunata è tra le più suggestive finora fatte perchè il Corpo Sanitario ha l'alto onore di occupare il secondo posto nella statistica dei morti per la grande guerra e vuole significare viva devozione al Duce che ha tanto valorizzato la missione Sanitaria nella moderna civiltà e sotto il simbolo del Littorio.

L'organizzazione, per incarico avuto dalla Confederazione Professionisti ed Artisti, è affidata al Sindacato Nazionale dei Medici che è già all'opera coadiuvato da tutti gli Enti interessati alla mistica e patriottica cerimonia.

Informazioni presso il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, corso Vitt. Em. 21, Roma 116.

**2° Congresso Nazionale di Radio-Neuro-Chirurgia.**

Il 30 e 31 ottobre sarà tenuto nella sede della R. Clinica Chirurgica di Milano (via Lamarmora 11) il II Congresso della Società Radio-Neuro-Chirurgica Italiana, presieduto dal prof. M. Donati.

Il Congresso avrà particolare interesse, perchè vi parteciperanno non soltanto i più autorevoli cultori delle branche radiologica, neurologica e chirurgica d'Italia, ma anche numerosi scienziati stranieri.

Il tema proposto all'ordine del giorno riguarda la diagnosi delle affezioni del nevrasse, e verrà trattato in collaborazione dai proff. Bertolotti, Bastianelli e Boschi, rispettivamente per la parte radiologica, chirurgica e neurologica.

**11° Congresso nazionale di medicina del lavoro.**

Come abbiamo annunziato, è indetto a Torino dal 29 al 31 ottobre.

Il Comitato organizzatore è presieduto dal prof. Gustavo Quarelli.

È concesso il ribasso ferroviario da tutte le Stazioni del Regno in ragione del 50 % con validità 24-31 ottobre (andata) e 29 ottobre-5 novembre (ritorno).

Per ottenere tale ribasso i partecipanti al Congresso devono richiedere alla Segreteria lo speciale Modulo che sarà inviato previo pagamento della quota d'adesione in lire venticinque (i Soci della Soc. It. di Med. del Lavoro sono esclusi da tale obbligo).

Sono state concordate tariffe con vari alberghi e facilitazioni varie.

La tassa d'iscrizione (L. 25) per i membri effettivi dà diritto alla Tessera, allo Scudetto in smalto, agli Atti del Congresso. La tassa d'iscrizione per i famigliari dei Congressisti è di L. 10.

La Segreteria generale ha sede in Corso Vittorio Emanuele, n. 8, piano 3°, telefono 51928, nei locali all'uopo messi a disposizione dall'Ist. Med. Naz. per la cura operai infortunati ed igiene del lavoro « La Vigile ».

L'inaugurazione del Congresso avverrà, per cortese concessione del Rettore Magnifico, nell'Aula Magna della Regia Università degli Studi, in via Po.

### 3° Congresso internazionale delle medichesse.

L'Associazione internazionale delle medichesse si è adunata a Stoccolma dal 7 all'11 agosto; vi hanno partecipato circa 200 colleghe di 18 Nazioni. La delegazione italiana era composta dalla prof.ssa G. Pastori, incaricata di biologia generale all'Università Cattolica di Milano, dalla dottoressa Ratti Martines, dell'Istituto di Medicina Sportiva del Littoriale di Bologna, e dalla dott.ssa A. Cappelli Vergni, della Clinica Ostetrica-Ginecologica della R. Università di Milano. Erano in discussione due temi: « Gli effetti dell'educazione fisica sullo sviluppo e le funzioni organiche della donna » e « La limitazione delle nascite ». La prof.ssa Pastori si è opposta efficacemente e per tutt'e due i temi alle conclusioni della maggioranza, che reclamava un'educazione fisica della donna in tutto identica a quella dell'uomo e la diffusione dei mezzi idonei alla limitazione delle nascite (s'invocava dai Governi la remozione delle restrizioni legislative e si preconizzava l'incremento degli ambulatori per la divulgazione dei mezzi predetti). Si ottenne che l'ordine del giorno relativo al secondo tema non fosse votato.

### Scuole di perfezionamento.

Col prossimo anno accademico avrà inizio presso l'Istituto di Clinica Pediatrica della R. Università di Napoli, un corso di perfezionamento per laureati, della durata di 2 anni (1934-35, 1935-36).

Per informazioni rivolgersi alla Direzione della Clinica Pediatrica (S. Andrea delle Dame, 4; Napoli 157) e per tutto quanto riflette la iscrizione, alla Segreteria della Facoltà di Medicina della R. Università di Napoli.

La Scuola di perfezionamento in medicina del lavoro presso la R. Università di Roma, diretta dal prof. Busi, inizierà i corsi il 19 novembre. La Scuola ha la durata di un biennio. Chiedere il programma alla sede, Policlinico del Lavoro, via Ripetta 180, Roma.

Sono aperte le iscrizioni alla Scuola di Idroclimatologia Clinica presso la Regia Università di Parma, per i laureati in medicina e chirurgia. Alla fine dei corsi gli iscritti potranno conseguire il diploma di specialista in Idroclimatologia Clinica, valido a tutti gli effetti di legge. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della R. Università.

### Un po' dovunque.

Il Presidente dell'O.N.M.I., presi gli accordi con il Capo del Governo, ha impartito ai presidenti delle Federazioni provinciali le opportune istruzioni per la prossima celebrazione della « Giornata della Madre e del Fanciullo », che avrà luogo, com'è noto, il 24 dicembre p. v.

La sera del 23 dicembre il Presidente dell'Opera parlerà alla radio intorno alle finalità dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. Le Federazioni provinciali, a mezzo dei loro comitati di patronato, provvederanno ad organizzare, nella mattina del 24 dicembre, solenni riunioni nelle quali si procederà all'assegnazione di premi di nuzialità e natalità e di allevamento igienico del bambino.

Il 2° Congresso internazionale d'igiene mentale si adunerà a Parigi dal 27 al 31 luglio 1936; presidente onorario ne sarà H. Claude; presidente effettivo Ed. Toulouse. Per quanto riguarda i lavori, chiedere informazioni al « presidente del programma », dott. René Charpentier, rue Perronet, 119, Neuilly-sur-Seine, Seine, Francia. Quote: per gli aderenti fr. 125; per i membri di famiglia fr. 75; per gli ospedali e istituti fr. 125; per le Leghe nazionali d'igiene mentale fr. 500; rivolgersi al tesoriere, Robert Demachy, rue de Londres 27, Paris.

La Federazione internazionale farmaceutica ha scelto Bruxelles come sede del 12° Congresso internazionale di farmacia, che cadrà durante l'Esposizione universale del 1935; durerà dal 30 luglio al 6 agosto.

Il 5° Congresso romeno di chirurgia e delle specialità chirurgiche avrà luogo a Bucarest dal 5 all'8 novembre, sotto l'alto patronato del Re Carlo II; sarà presieduto dal prof. I. Balacesco, decano della Facoltà medica. Sono all'ordine del giorno numerose relazioni. Le ferrovie accordano lo sconto del 50 ed i principali alberghi accordano delle riduzioni. Rivolgersi al dott. Jean Jiano, rua Campineanu 52, Bucuresti.

Il 1° Congresso romeno sulle malattie contagiose si terrà a Craiova dal 26 al 28 ottobre, sotto l'alto patronato del Re Carlo II; è stato organizzato dal dott. Metzelescu (medic primar la spitalul de boale contagioase din Craiova). Tratterà due argomenti: la difterite e la febbre esantematica.

Il 1° Congresso romeno di radiologia ed elettrologia mediche si terrà a Bucarest dall'8 al 10 novembre, sotto la presidenza del dott. Severeanu. Temi: colecistografia; roentgentdiagnosi della tbc. intratoracica; radioterapia del cancro del seno; actinoterapia dell'eresipela. Segretario generale: dott. G. N. Giurea, str. Stirbei-Voda 108, Bucuresti.

Dal 12 al 14 ottobre si è riunita a Berlino la Società tedesca di medicina dei denti, della bocca e delle mascelle; si è festeggiato anche il 75° anniversario della Lega centrale tedesca dei dentisti, da cui deriva la Società predetta. Indirizzo: « Gesellschaft für Zahn -, Mund - und Kieferheilkun-

de », Heimstättenstr. 20, Berlin - Schlachtensee, Germania.

La Società Medica Chirurgica della Romagna si è adunata il 16 settembre a Faenza, sotto la presidenza dell'on. prof. R. Paolucci, assistito dal segretario dott. P. Galli. Furono fatte comunicazioni da L. Fontana (Ravenna), S. Solieri (Forlì), F. Marinelli (Cesena), G. Cavina (Firenze), R. Galli (Bologna), M. Loreti (Bologna), G. Bendandi (Bologna), G. Lami (Forlì).

La Società Medico-Chirurgica di Bergamo ha tenuto una seduta ordinaria sotto la presidenza del prof. D'Alessandro. Furono fatte comunicazioni dai soci Ciabò, Nastrucci (per il dott. Leni), Della Torre, Feci.

Alla Settimana Sociale dei Cattolici Italiani, svoltasi a Padova dal 12 al 17 settembre, furono tenute le seguenti relazioni di interesse medico: « La moralità professionale medica » (prof. Leoncini, ord. di medicina legale nell'Università di Firenze); « Il problema del naturismo nella terapia fisica » (prof. Gedda, della Clinica Medica di Torino); « Razzismo e sterilizzazione » (dott. Lami, della Clinica Medica di Pisa).

Nell'Istituto di chirurgia sperimentale di Buenos Aires, diretto dal prof. Guillermo Bosch Arana, è stato istituito un Museo storico di chirurgia.

In accoglienza della proposta del Prefetto di Salerno, il Ministero degli Interni ha disposto la concessione al Comune di Eboli del contributo di L. 20.000 per la costruzione del Dispensario antitubercolare.

Il Ministro francese della pubblica istruzione comunica che se, per ragioni di economia, è stato costretto a sopprimere 30 cattedre nelle Università francesi, l'insegnamento non ne verrà a soffrire, in quanto le materie delle cattedre soppresse sono state aggregate ad altre cattedre. (Per buona parte le soppressioni riguardano le Facoltà di medicina e le Facoltà miste di medicina e di farmacia).

Il « Journal Officiel » francese, in data 14 agosto, pubblica un decreto del Ministro al Lavoro, Marquet, il quale riduce gli onorari dei medici addetti al servizio delle assicurazioni sociali. Mentre le imposte si elevano, gl'introiti si riducono...

Il « Journal Officiel » francese, in data 14 agosto, pubblica un decreto del Ministro del lavoro il quale stabilisce che gli assicurati ospedalizzati non potranno più essere trattenuti su semplice dichiarazione dei medici, ma che speciali commissioni tecniche di controllo verificheranno le diagnosi e prenderanno atto anche delle cure. È una prova di diffidenza verso il corpo medico!

Nell'Istituto di S. Caterina, Scuola Convitto per Infermiere presso l'Ospedale di S. Martino di Genova, è aperta l'iscrizione al corso per allieve infermiere e al corso di abilitazione a funzioni direttive per l'anno scolastico 1934-35. Rivolgersi alla Direzione Sanitaria degli Ospedali Civili di Genova.

Il prof. Giuseppe Franchini di Modena si è recato a Buenos Aires, per invito delle autorità del 5° Congresso nazionale di medicina è stato accolto con viva cordialità.

Il Governo ungherese ha fatto preparare dei francobolli con l'immagine di Filippo Ignazio Semmeilweis, sul modello dei francobolli francesi con l'immagine di Pasteur.

È morto a Napoli l'abate Chaupitre, famoso omeopata. Nato nelle vicinanze di Rennes, era stato allevato per carità ed avviato alla carriera ecclesiastica; diventato prete, fu iniziato da un altro ecclesiastico alla omeopatia e prese ad esercitarla gratuitamente, convinto di rendersi utile. Il sindacato medico di « Ile et Vilaine » intentò contro di lui molte azioni, ottenendone la condanna a forti multe ed a mesi di prigionia; nonpertanto egli non desistette dall'esercizio abusivo, neppure su invito dell'arcivescovo di Rennes, monsignor Migneu. Invecchiato ma non scoraggiato, consentì infine, per evitare un nuovo carcere, ad esiliarsi in Italia. Era amato dai poveri della Bretagna.

## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

**ANNO XLI** **Roma, 29 Ottobre 1934 - XII** **Num. 43**

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

## SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



# LAVORI ORIGINALI

ARCISPEDALE S. GIOVANNI IN LATERANO
OSPIZIO UMBERTO I
Primario e Docente: Prof. G. LAURENTI.

## Sul valore diagnostico e prognostico della reazione di Takata Ara nel siero di sangue dei malati di fegato

per il dott. ANTONINO BIONDO,
degli Ospedali Riuniti di Roma.

La reazione di Takata, sperimentata la prima volta nel 1925, è entrata solo da pochi anni nella comune pratica di laboratorio. Proposta per la siero-diagnosi della polmonite crupale, applicata in seguito alla diagnostica del liquor, recentemente, modificata nella tecnica da Jezler, viene anche eseguita nel siero di sangue e nel liquido ascitico dei malati di fegato.

A scorrere la letteratura di questi ultimi anni — dal 1929 al 1934 — si rimane meravigliati dell'unanimità di consensi che raccoglie la reazione da parte dei vari AA. che se ne sono interessati. Essi, pur non avendo raggiunto l'accordo sul meccanismo e sulla vera interpretazione, le attribuiscono un reale valore pratico nella diagnostica delle malattie di fegato specie nelle cirrosi. Tutti poi le riconoscono un'importanza prognostica non lieve considerando l'aumento della positività della reazione come un indice sicuro di un aggravamento delle lesioni epatiche e dello stato generale del malato.

*Tecnica.* — È molto semplice. Si preparano 9 provette in ognuna delle quali si mette 1 cmc. di soluzione fisiologica; alla prima provetta si aggiunge 1 cmc. di siero di sangue (o di liquido ascitico), si mescola; 1 cmc. di questa soluzione si aggiunge alla seconda provetta e così di seguito per le provette successive in modo da formare una serie di diluizioni da 1:2 a 1:512; ad ogni provetta si aggiunge 0,25 cmc. di soluzione di carbonato di sodio al 10% e 0,30 cmc. del reattivo di Takata preparato al momento dell'uso (soluzione di bicloruro di mercurio al 0,5 % e soluzione di fuxina al 0.02 % a parti uguali); si lasciano le provette a temperatura di stanza; si fanno tre

letture di cui la prima subito, le successive dopo 6 e 24 ore.

La reazione si considera positiva nel siero di sangue se si ha flocculazione in non meno di tre provette e se la prima flocculazione si osserva a diluizione 1:32 o a concentrazione maggiore; la reazione è debolmente positiva se la flocculazione è netta in due provette (prima flocculazione ad 1:32 o 1:16) e nella terza provetta, a destra o a sinistra, è appena evidente.

Una lieve flocculazione a diluizione 1:32, 1:64 è fisiologica (Jezler, Lazzaro).

Secondo alcuni AA. (Jezler, Staub, Oliva, ecc.) la reazione è positiva se prevalgono nel siero di sangue (o liquido ascitico) i colloidi labili. Secondo altri AA. invece (Knigge, Rohrer, Korl, ecc.) la flocculazione, e quindi la positività della reazione, sarebbe in rapporto con la concentrazione idrogenionica o anche con il contenuto in sali del liquido in esame. Ciò per quanto riguarda il meccanismo.

Nemmeno per l'interpretazione della Takata-Ara si è detta l'ultima parola. Infatti non si sa se la positività della reazione è da considerarsi come espressione di insufficienza della cellula epatica o dell'apparato mesenchimale intra ed estraepatico.

***

Ho eseguita la Takata-Ara in pazienti tubercolotici in stato di insufficienza epatica rivelata con prove di laboratorio oltre che con lo esame clinico.

In questa breve nota mi limiterò a descrivere due casi che ho potuto eseguire sino al tavolo anatomico riservandomi di ritornare sull'argomento quando avrò raccolto più numerose osservazioni.

CASO I. — R. Stefano, di anni 62, da Roma. Ricoverato in Ospedale nel marzo 1934.

Nel 1922, epiema destro. Dai primi dell'anno scorso, tosse con abbondante espettorato, febbretta serotina, anoressia, dimagramento. Modico bevitore; nega lues.

L'esame obiettivo e radiologico mettono in evidenza una tubercolosi polmonare bilaterale ulcero-caseosa.

Reazione di Wassermann e Meinicke, negative.

Esame delle urine: p. s. 1018; albumina tracce; zucchero ass.; sedimento: abbondanti leucociti e cellule vescicali.

Durante la degenza in Ospedale è stato sempre febbricitante: la temperatura ha oscillato tra 37,2 e 38,9. Dopo circa un mese ha cominciato ad avere disturbi dispeptici consistenti in lentezza della digestione, eruttazione, senso di tensione all'epigastrio ed agli ipocondri, intolleranza per i grassi, dolenza alla regione epatica.

Obiettivamente: tinta subitterica delle sclere, modico aumento di volume del fegato il cui margine inferiore si palpa a due dita trasverse sotto l'arco costale, lievemente dolente, liscio.

Esame delle urine: albumina, tracce; zucchero, assente: urobilina + +; reazione di Hay +.

Glicemia: 1,50 ‰.

Prova della glicosuria alimentare: dopo ingestione a digiuno di 1,75 gr. di glucosio puro per Kg. di peso corporeo si ha glicosuria in tutti i campioni orari a cominciare dal secondo campione.

Prova dell'emoclasia digestiva: nelle due ore successive alla ingestione a digiuno di 200 gr. di latte si è avuto un abbassamento dei leucociti e della pressione arteriosa.

*Takata-Ara nel siero di sangue*: *negativa*.

Il p. durante la degenza ha avuto periodi di esacerbazione della sintomatologia dispeptica; in questi periodi il colorito itterico si estendeva alla cute, le urine erano scarse e contenevano pigmenti biliari, si manifestavano edemi nelle parti declivi, la Takata Ara si manteneva sempre negativa.

Exitus il 29-VI-1934.

*Reperto di autopsia*: tubercolosi polmonare cronica ulcerosa del polmone D. con focolai multipli di broncopolmonite caseosa in entrambi i polmoni.

Cuore: peso gr. 350, di aspetto normale.

Addome: modica ascite (500 cmc. di liquido limpido, citrino), peritoneo parietale e viscerale, normale.

Fegato: peso gr. 1650; la sua superficie, aderente al diaframma, è cosparsa di granulazioni del volume da un grano di miglio ad una lenticchia, il colorito è giallo, alla superficie di taglio la capsula del Glisson è ispessita, fibrosa, biancastra e aderisce intimamente al tessuto epatico; piccoli anelli di tessuto connettivo circondano isolotti di colore rosso alquanto sollevati. Esame microscopico: la capsula del Glisson è fortemente ispessita; è evidente la proliferazione del connettivo attorno ai vasi portali associata ad infiltrazione linfocitaria; tralci di connettivo penetrano nell'interno dei lobuli le cui trabecole hanno perduto la loro caratteristica struttura; scarso numero di cellule vacuolizzate e colorate dalla bile; in certi punti si nota una neoformazione di canalicoli biliari.

Milza: peso gr. 590; modico ispessimento della capsula e dilatazione dei vasi dell'ilo; la superficie di taglio appare di colore rosso-scuro, molto molle, con scarse striature e noduli bianchi. Esame microscopico: capsula ispessita; follicoli bene evidenti; modico ispessimento delle trabecole connettivali; seni della polpa dilatati e pieni di sangue; nei tratti in cui i seni sono molto dilatati si nota una netta atrofia dei cordoni.

Rene: a ferro di cavallo; peso gr. 510; di aspetto normale.

CASO II. — S. Antonio, di anni 45, da Roma. Ricoverato in ospedale nell'aprile 1934.

Precedenti famigliari e personali, negativi.

Da pochi mesi ha cominciato a notare facile stanchezza, dimagramento, anoressia, tosse stizzosa con scarso espettorato.

Modico bevitore; nega lues.

L'esame obiettivo e radiologico mettono in evidenza una tubercolosi polmonare ulcerosa bilaterale.

Dopo circa un mese di degenza, durante il quale ha avuto sempre febbre fra 37,8 e 38,9, il p. accusa senso di pienezza di stomaco dopo i pasti e

per molte ore, eruttazione, difficile digeribilità dei grassi.

Obiettivamente: subittero delle sclere; modico ingrandimento di fegato il cui margine inferiore si apprezza a qualche dito dall'arco costale di consistenza modicamente aumentata, indolente; edemi alle gambe.

Esame delle urine: albumina e zucchero, assenti; urobilina + +; reazione di Hay +.

Glicemia: 1,30 ‰.

Reazione di Wassermann e Meinicke: negative.

Prova della glicosuria alimentare: positiva.

Prova dell'emoclasia digestiva: positiva.

*Reazione di Takata-Ara nel siero di sangue*: negativa.

Verso la fine del mese di giugno si aggravano le condizioni generali e si rendono manifesti i segni di un modico versamento addominale.

Exitus il 25-6-1934. La Takata praticata qualche giorno prima è stata ancora negativa.

Reperto di autopsia: tubercolosi polmonare cronica ulcerosa bilaterale.

Cuore: gr. 300, di colorito grigio-scuro, con qualche chiazza di fibrosi nei muscoli papillari.

Addome: modico versamento di liquido limpido citrino (circa 2, l.), peritoneo parietale e viscerale liscio e lucente.

Fegato: gr. 1500; di colore gialliccio; a superficie finemente granulosa; capsula ispessita; alla superficie di taglio si notano i segni di una epatite interstiziale cronica. Esame microscopico: proliferazione del tessuto connettivo perilobulare ed in minor grado di quello intralobulare; infiltrazione parvicellulare in alcuni tratti; le cellule epatiche non presentano segni sensibili di degenerazione.

Milza: gr. 400; capsula opaca, dura; consistenza aumentata; sulla superficie di taglio la polpa di colorito scuro si solleva coprendo trabecole e follicoli. All'esame microscopico i follicoli sono bene evidenti; si nota iperplasia ed in qualche punto ingrossamento e distruzione dei cordoni della polpa; i seni sono dilatati e ripieni di sangue.

## CONSIDERAZIONI

Nei due casi descritti la Takata-Ara nel siero di sangue non ha rivelato lo stato di insufficienza del fegato.

Infatti la reazione è stata sempre negativa, anche negli ultimi giorni di vita, mentre evidenti erano i segni di insufficienza epatica ed estese le alterazioni istologiche del fegato.

Ciò è in contraddizione con quanto hanno osservato Jezler, Rohrer, Lazzaro, ecc. i quali hanno avuto nei cirrotici una positività della reazione dal 92,8 al 96,5 %; essi però hanno avuto così alta percentuale di positività in cirrotici non affetti da altre malattie, mentre nei nostri due pazienti la malattia dominante era la tubercolosi polmonare.

Tale considerazione acquista importanza per le osservazioni di Lazzaro e Skouge che hanno ottenuto in malati di tbc. polmonare una Takata-Ara negativa con un aumento molto forte delle globuline (rapporto A/G 0,31 - 0,52 - 0,63 Skouge, 0,75 Lazzaro), mentre hanno avuto una positività della reazione di circa il 100 % in malati di sola cirrosi epatica.

È difficile dare una spiegazione del fenomeno. La flocculazione nella reazione è inibita per eventuali modificazioni, delle globuline o del siero di sangue, indotte dalla malattia tubercolare? ovvero la Takata non è in rapporto con l'aumento delle globuline, ma è determinata da altri fattori?

Qualunque sia la spiegazione sta di fatto che nei due casi di cirrosi, seguiti sino all'autopsia, mentre l'esame clinico e le più comuni prove funzionali del fegato mettevano in evidenza l'insufficienza epatica e le alterazioni cirrotiche erano molto progredite, la Takata è stata negativa.

Non avrebbe quindi la reazione « una certa specificità nei riguardi della cirrosi », come hanno detto Staub, Zadek, Tietze, ecc. e ciò non solo perchè la Takata può essere negativa nelle cirrosi ma anche perchè è positiva in altre malattie.

La reazione infatti è stata trovata positiva in casi di carcinosi diffusa del fegato (Skouge), di ittero catarrale con atrofia giallo-subacuta (Jezler), di fegato da stasi: alcoolismo cronico, diabete mellito, metastasi del fegato (Rohrer), di ittero infettivo; ascesso amebico del fegato (Lazzaro), di carcinoma primitivo della colecisti con ittero persistente senza alterazioni cirrotiche (Oliva e Pescarmona), ecc., ecc.

Nel nostro Servizio abbiamo avuta la Takata positiva nel siero di sangue di un malato di tubercolosi polmonare cronica ulcerosa con nefrite (albuminuria da 5 a 7 ‰; azotemia da 2,80 a 0,76 ‰; edemi generalizzati; urine ipostenuriche; ipertensione).

Ma oltre a non avere il pregio della specificità, la reazione non ha nemmeno quello della precocità. In ciò sono d'accordo tutti gli AA. (Jezler, Lazzaro, Oliva e Pescarmona, ecc.) pur considerando la Takata, entro certi limiti, come un « reattivo della cirrosi ».

L'accordo dei vari AA. è unanime nell'attribuire alla Takata un importante valore pratico nella prognosi delle malattie di fegato. Nel decorso delle cirrosi ad un aumento della flocculazione corrisponderebbe, secondo Jezler, Lazzaro, Oliva, ecc., l'aggravarsi delle lesioni epatiche e delle condizioni generali del malato.

Lazzaro ha notato inoltre che in casi di ittero infettivo ed ascesso amebico del fegato la reazione prima positiva è diventata poi negativa nella convalescenza migliorando contemporaneamente il rapporto A/G.

Non mancano tuttavia esempi nella letteratura di casi con Takata positiva e con un netto

aumento del flocculato durante la convalescenza.

È molto istruttivo, a tale riguardo, il caso di ittero epidemico a decorso prolungato pubblicato dal Bottaliga.

Il malato presentava una sindrome itterica con bilirubinuria, feci scolorate, edemi agli arti inferiori ed ascite, febbre continua sui 38,8, fegato e milza nei limiti normali. Nella seconda settimana di degenza si è avuto un aggravamento con delirio, agitazione, sopore, ritenzione di urina, aumenti degli edemi e dell'ascite, vomito biliare. Dopo circa due mesi dall'inizio della malattia cominciò il miglioramento; il margine del fegato si palpava sotto l'arco costale di consistenza aumentata.

In questo caso la Takata-Ara è stata debolmente positiva nel siero e liquido ascitico durante il periodo acuto; nella convalescenza inoltrata invece la reazione è stata fortemente positiva con aumento del flocculato.

Anche in un malato di cirrosi atrofica ipersplenomegalica operato di splenectomia nel gennaio 1934 dal Prof. Puccinelli, e che ha avuto agio di rivedere sino a poco tempo fa, la Takata-Ara non ha avuto un pratico valore prognostico.

La reazione infatti è stata negativa, poi debolmente positiva prima dell'intervento mentre gravi erano le condizioni del malato che presentava un enorme tumore di milza, ascite che rapidamente si riformava dopo svuotamento, circolo venoso sottocutaneo addominale sviluppatissimo, dimagramento considerevole. Dopo tre mesi dalla operazione con il miglioramento delle condizioni generali del malato, che era aumentato in peso ed aveva ripreso il lavoro, con la scomparsa dell'ascite e del circolo collaterale addominale, la Takata nel siero di sangue ha dato una maggiore flocculazione.

Ho rivisto il p. nel luglio 1934, a distanza di 7 mesi circa dall'operazione; la Takata è sempre positiva con flocculazione in 4, 5 e 6 provetta, mentre le condizioni generali permangono buone. Il margine inferiore del fegato, che prima non si palpava, ora si apprezza a qualche dito dell'arco costale nelle profonde inspirazioni di consistenza un po' aumentata, indolente; nessun segno di ascite, nè di circolo venoso addominale.

### CONCLUSIONE

Dopo quanto si è detto appare evidente che alla Takata-Ara non può attribuirsi un valore diagnostico e prognostico di notevolissima importanza se non si mette in relazione con lo esame clinico del malato.

Si deve inoltre tener presente che la reazione se può essere considerata come una prova di funzionalità epatica, alla stessa maniera che tutte le prove funzionali, ha il difetto di essere utile alla diagnosi solo quando sono già imponenti le alterazioni patologiche e quando il fegato in molti altri modi ha manifestato la sua insufficienza.

Comunque è da ritenere che uno studio accurato dei fattori che condizionano la positività della reazione sarebbe di grande utilità e potrebbe definitivamente orientarci verso una esatta interpretazione ed una giusta valutazione della Takata-Ara nel siero di sangue.


### RIASSUNTO.

L'A. riporta due casi di tubercolosi polmonare con cirrosi atrofica del fegato; discute il valore diagnostico e prognostico della Takata-Ara nel siero di sangue, e conclude che la reazione, ai fini pratici, è di scarsa utilità per la diagnosi e prognosi delle malattie di fegato.


### BIBLIOGRAFIA.


CIONINI. La Clin. Med. Ital., a. XXIV, t. 1, n. 12, 1933.

JEZLER. Zeitschr. f. Klin. Med., 111, 48, 1929; 114, 739, 1930.

ID. Schweiz. Med. Wschr., 52, 1930.

LAZZARO. Polclinico, Sez. Med., a. XLI, 1934.

MEA. Il Morgagni, t. LXXXIV, 51, 1932.

OLIVA-PESCARMONA. Min. Med., v. 11, n. 27, 1933.

PELLEGRINI. Arch. Pat. e Clin. Med., 1930.

ROHRER. Zeitschr. f. Klin. Med., 123, 637, 1933.

SKOUGE. Klin. Wochen., t. XII, n. 23, 1933.

STAUB. Schweiz. Med. Wschr., 308, 1929.

ID. Dtsch. Med. Wschr., 51, 1931.

ZADEK-TIETZE-GEBERT. Klin. Wschr., 2, 60, 1933.

## NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVICO « GARIBALDI » DI CATANIA
Direttore sanitario: A. BELLECCI.
REPARTO NEURO-PSICHIATRICO
diretto dal Prof. E. AGUGLIA.

### Rilievi neurologici sulla dissimetria del corpo umano.

Dott. SALVATORE DI MAURO, coadiutore.

Che il corpo umano non sia perfettamente simmetrico nei suoi varî segmenti, è fatto facilmente controllabile ad una osservazione anche superficiale.

Nell'attuale tendenza agli studi fisionomici un lavoro su tale argomento è stato recentemente pubblicato in Francia da uno psicologo.

P. Abraham (*Nouvelle Revue Française*, marzo-aprile 1934) infatti cerca di cogliere l'intima essenza ed il profondo significato di questa asimmetria, riconoscendola e ritrovandola nella generalità dei visi umani; e viene alla conclusione di localizzare nella metà sinistra le manifestazioni esterne (l'uomo sociale), e nella destra quelle interne (l'uomo interiore).

Ma, a prescindere da questi dati, evidentemente troppo assoluti, v'ha un fatto notevole, sicuro, e più o meno costante, costituito dalla dissimetria dei varî segmenti del corpo umano, e dai rapporti molto frequenti fra fattori costituzionali e patologici.

***

Era stato già da tempo notato da otologi la omolateralizzazione di alcune malattie, tentandone pure una plausibile spiegazione (Steiner, Ioltrain, Campeggiani).

Anche da diversi chirurgi è stato affermato tale concetto, suffragato da numerosissime osservazioni cliniche; ma spetta al Gangi (*Policlinico*, Sez. pratica, N. 33, 1933) il merito di aver raccolte queste voci isolate, costituendone un insieme armonico, e dando una vera base scientifica al fatto delle dissimmetrie.

Infatti questo A. nelle sue osservazioni, divide i soggetti in destro-labili e sinistro-labili totali e segmentari, a secondo della prevalenza dello sviluppo della metà destra o sinistra del corpo sull'altra. Tali dissimmetrie, spesso visibili ad occhio nudo, talora si mettono meglio in evidenza con osservazioni e misurazioni accurate e delicate.

Allora potrà vedersi, ad esempio, che nei destro-labili si ha la metà destra della fronte più piccola, in proporzione, e meno ampia della metà sinistra; l'occhio ubicato un po' indietro e l'angolo della bocca più abbassato a destra che non a sinistra; i muscoli della metà destra del collo meno sviluppati di quelli di sinistra ecc. Viceversa accade per i sinistro-labili.

Così pure nei riguardi del torace, e, per quanto con minore evidenza, dell'addome.

Più difficile si presenta la questione della dissimetria in rapporto agli arti; ma per quel che riguarda specialmente il trofismo va tenuto gran conto della funzione esercitata nei movimenti e nelle ordinarie occupazioni della vita quotidiana.

***

Come sopra ho accennato, importante appare il problema delle dissimmetrie, specie nei riguardi tra patologia e costituzione.

Lo studio delle dissimmetrie costituisce un elemento notevole per la spiegazione di alcuni problemi patologici, cercando di portare un po' di luce sulla origine di alcuni mali, o meglio del perchè una lesione organica od una sindrome patologica abbia preferito localizzarsi, ad esempio, a destra piuttosto che a sinistra del corpo, o viceversa.

A tale studio cerco di portare un contributo personale, elencando qui sotto una prima serie di casi di neuro-patologia.

Come terminologia ho adoperato quella stessa proposta dal Gangi; e cioè organismi destro-labili e sinistro-labili, adoperando d'altro canto il termine di « plagioprosopia » destra o sinistra per i casi in cui lo studio si è limitato esclusivamente alla morfologia della faccia.

CASO I. — M. Gioacchino, di anni 48, da Catania (9-IX-1933): Emiparesi destra. Movimenti jacksoniani a carico della metà destra della faccia. Evidente plagiocefalia e plagioprosopia sinistra.

CASO II. — S. Giovanni, di anni 43, da Catania (1918): Nevrite dello sciatico sinistro; guarito.
1929: Recidiva della nevrite dello sciatico sinistro; miglioramento.
XII-1933: Riacutizzazione della nevrite dello sciatico sinistro. Evidentissima plagioprosopia sinistra (sinistro-labile).

CASO III. — F. Pietro, di anni 16, da Gravina (1929): Calcolosi renale (specie a carico del rene sinistro); febbraio 1930, nevrite dello sciatico sinistro. Evidente plagio-prosopia sinistra (sinistro-labile).

CASO IV. — A. Rosa, di anni 70, da Paternò. (Ottobre 1933): Emiparesi sinistra da trombosi cerebrale. Plagioprosopia e plagiocefalia destra.

CASO V. — M. Agata, di anni 47, da Catania. da circa un anno nevrite sensitiva brachiale di destra. Evidente plagioprosopia destra (destro-labile).

CASO VI. — G. Gaetano, di anni 33. Lue pregressa. 1929, nevralgia trigemino sinistro perfettamente guarito. Gennaio 1934. Recidiva nevralgia del trigemino sinistro. Evidente plagioprosopia sinistra.

CASO VII. — C. Maria, di anni 49, da Noto. Nevrite sensitiva radiale destra. Notevole plagioprosopia destra (destro labile).

CASO VIII. — P. Giovanni, di anni 25, da Adrano (dicembre 1933): Nevrite del VII di destra. Plagioprosopia destra (controllo fotografico).

CASO IX. — Q. Salvatore, di anni 23, da Zafferana Etnea (gennaio 1934): Nevrite del VII di sinistra. Evidentissima plagioprosopia sinistra (controllo fotografico).

CASO X. — L. Anna, di anni 36, da Catania (1933). Nevrite sensitiva brachiale destra. Plagioprosopia destra (destro-labile).

CASO XI. — C. Domenico, di anni 61, da Paternò (gennaio 1934): Lieve emiparesi sinistra da trombosi cerebrale. Plagioprosopia destra.

CASO XII. — S. Giovanni, di anni 46, da Catania (1931): Nevrite dello sciatico d.: gennaio 1934. Recidiva della nevrite dello sciatico di destra. Lieve ipotrofia dell'arto omonimo. Evidente plagioprosopia destra (destro-labile).

CASO XIII. — R. Barbaro, di anni 79, da Paternò (1933): Nevrite del VII di destra. Notevole plagioprosopia destra.

CASO XIV. — C. Barbara, di anni 57, da Paternò (1916): Intervento per tumore alla mammella sinistra (1932): Emiparesi sinistra da trombosi cerebrale. Plagioprosopia destra.

CASO XV. — D. Francesco, di anni 76, da Paternò. (1933): Emiparesi destra da trombosi cerebrale. Molto migliorato. Gennaio 1934: Nuovo ictus-afasia-emiparesi destra. Ernia inguinale sinistra. Evidente plagioprosopia sinistra sinistro-labile).

CASO XVI. — G. Maria, di anni 26, da Catania. Nevrite sensitiva brachiale sinistra. Plagioprosopia sinistra (sinistro-labile).

CASO XVII. — R. Rosario, di anni 39, da Paternò. Lue pregressa. Da parecchi anni nevralgia del trigemino destro (branca oftalmica). Notevole plagioprosopia destra.

CASO XVIII. — A. Caterina, di anni 64, da Paternò (madre del R. Rosario) (1934): Nevralgia trigemino destro (branca oftalmica). Plagioprosopia destra.

CASO XIX. — C. Giovanna, di anni 28, da Catania. Nevralgia del trigemino di destra. Evidente plagioprosopia destra.

CASO XX. — A. Vito, di anni 49, da Catania. Dal 1933 nevrite dello sciatico di destra. Plagioprosopia destra (destro-labile).

CASO XXI. — N. Giuseppe, di anni 55, da Aci Catena. Nel 1932 emiplegia destra da emorragia cerebrale. Plagioprosopia sinistra.

CASO XXII. — M. Antonino, di anni 64, da Paternò. (1928): emiparesi destra da trombosi cerebrale: restitutio ad integrum. Gennaio 1934: nuovo ictus con emiparesi destra. Plagioprosopia sinistra.

CASO XXIII. — O. Giovanni, di anni 47, da Ragusa. Lue pregressa. A 20 anni otite media sinistra. Febbraio 1934: nevrite del VII di sinistra. Plagioprosopia sinistra (adeguato controllo fotografico).

CASO XXIV. — C. Domenico, di anni 47, da Catania. Ernia strozzata destra pregressa. 1934: tremore agli arti superiori e inferiori di destra. Plagioprosopia destra (destro-labile).

CASO XXV. — C. Pietro, di anni 50, da Catania. A 20 anni otite media suppurata destra. 1933: Emiparesi sinistra da trombosi cerebrale. Plagioprosopia destra.

CASO XXVI. — P. Rosolia, di anni 55, da Centuripe. Lue pregressa. Marzo 1934: Emiparesi destra da endoarterite. Lieve plagioprosopia sinistra.

CASO XXVII. — S. Vincenzo, di anni 24, da Paternò. Nevralgia del trigemino di sinistra. Evidente plagioprosopia sinistra.

CASO XXVIII. — T. Francesco, di anni 35, da Catania. Nevralgia, trigemino di destra (branca oftalmica). Molto evidente plagioprosopia destra.

CASO XXIX. — M. Salvatore, di anni 28, da Catania. Lue pregressa. Febbraio 1934: Emiparesi destra da endoarterite obliterante. Plagioprosopia sinistra.

CASO XXX. — M. Santo, di anni 38, da Catania. Nevralgia del trigemino di destra. Notevole plagioprosopia destra.

CASO XXXI. — D. Concetta, di anni 29, da Paternò. Nevralgia trigemino di destra (branca oftalmica). Plagioprosopia destra.

CASO XXXII. — D. Paolo, di anni 50, da Paternò. Ernia inguinale destra. Nevrite dello sciatico di destra. Plagioprosopia destra (destro labile).

CASO XXXIII. — P. Carmela, di anni 38, da Paternò. 1934: Spina ventosa al pollice della mano destra. 1932: Colecistite ed appendicite (controllo radiologico) 1934: Nevrite del circonflesso di destra. Evidente plagioprosopia destra.

***

Dalla su esposta casistica, per quanto non numerosa, appare abbastanza chiaro e costante il presentarsi di una data malattia o di una lesione di un dato organo, piuttosto da un lato che dall'altro. In tutti i casi studiati s'è potuto sempre controllare il dato obiettivo di una dissimmetria dei diversi segmenti del corpo rilevandola, anche nei casi più difficili, attraverso misurazioni e confronti minuziosi.

Una conclusione abbastanza logica credo possa dedursi dal su detto studio: la lesione di un dato organo od apparato non è una cosa fortuita o addirittura capricciosa.

Tale lesione è perfettamente in rapporto a deficienze organiche tali da costituire un « locus minoris resistentiae »; e quindi spiega il

perchè della lesione, a parità di condizioni, dell'organo di un lato piuttosto che di quello dell'altro lato.

Questo fatto è reso molto evidente dallo studio delle dissimmetrie dei varî segmenti del corpo.

Tale studio, ancora embrionario, abbisogna di ulteriori controlli più estesi e generalizzati, tali da poterne confermare la portata non indifferente nei rapporti con la patologia.

Riaffermo che è merito del Gangi avere individualizzato nella dissimmetria del corpo umano uno dei fattori controllabili della predisposizione individuale.

RIASSUNTO.

L'A. dopo avere accennato alla dissimetria del corpo umano, si riferisce alle vedute ed alle ricerche del Gangi, e, attraverso l'esposizione di parecchi casi di neuropatologia, fa rilevare la costante localizzazione della lesione o sindrome morbosa a carico della metà del corpo che più manifestamente atipica.

La dissimetria costituirebbe, secondo l'A. un « locus minoris resistentiae ».

## OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CHIETI
REPARTO CHIRURGICO

### Endoarterite obliterante.

Prof. SERTORIO MARINACCI
chirurgo primario, direttore.

La patogenesi di quelle forme chirurgiche che vanno sotto il nome di endoarterite obliterante è varia secondo i diversi autori.

Il Winivärter riteneva l'arterite obliterante una malattia primitiva dei vasi caratterizzata da una endoarterite produttiva a decorso cronico, con esito in restringimento e chiusura del lume vasale, ad etiologia oscura, non di origine arteriosclerotica o sifilitica.

Buerger invece ammette si tratti di un processo infettivo primitivo che colpisce i vasi sanguigni (arterie e vene) con tutte le note istologiche dell'angioite con esito in trombosi ed organizzazione del trombo (trombo-angioite-obliterante).

Oppel avanzò l'ipotesi che l'iperfunzione surrenale fosse causa di turbe croniche delle pareti delle grosse arterie con desquamazione dell'endotelio, degenerazione della tunica muscolare e conseguente trombosi: chiamò la malattia arteriosi surrenale: partendo dal concetto patogenetico dell'iper-adrenalinemia, propose e praticò per primo nell'uomo l'asportazione della surrenale sinistra.

Ricorderò ancora che il Parkes Weber chiamò la malattia arterite obliterante non sifilitica degli ebrei, poichè sembrò all'A. che gli ebrei vi fossero più predisposti, e più di frequente il sesso maschile.

Quale che sia la patogenesi, l'esito dell'arterite obliterante è una gangrena più o meno estesa e progressiva a seconda di varie circostanze, e sopratutto della possibilità dello sviluppo del circolo collaterale. Il coefficente essenziale per la costituzione del circolo collaterale, è rappresentato dai prodotti del ricambio cellulare del tessuto anemico che determinano una vaso-dilatazione non solo delle piccole anastomosi arteriose, ma anche delle anastomosi arteriose, ma anche delle anastomosi capillari: per conseguenza, nonostante estesi processi di trombosi e di endo-arterite, rimane conservata la vitalità delle parti periferiche.

La malattia, come fà notare Buerger, comincia per lo più con un episodio acuto: crisi dolorose che insorgono bruscamente p. e. al polpaccio; flebite migrante (Buerger): questa trombo-flebite segmentaria di una vena superficiale, non è che l'immagine esatta del processo che oblitera i vasi profondi: altri disturbi circolatori sono rappresentati dal rossore intenso provocato da una posizione prolungata o dallo stato declive (segno della Chaussette di Vaquez), pallore della gamba, ipotermia: pulsazione arteriosa scomparsa sulla tibiale anteriore e posteriore: l'affezione presenta anche una speciale sindrome ematologica: aumento dei globuli rossi, delle piastrine, della viscosità: lieve iperleucocitosi. Il sintoma più importante che domina tutto il quadro morboso che fà decidere all'intervento conservativo o demolitore è rappresentato dai dolori intensi insopportabili, che non risentono che poco l'azione della morfina, che non danno riposo ai poveri infermi nè notte nè giorno: chi ha avuto occasione di osservare tali infermi sa in quali misere condizioni essi si riducono per i dolori e per l'insonnia. Altro sintoma capitale è rappresentato dalla gangrena più o meno estesa ad andamento cronico e progressivo.

La diagnosi specialmente al principio può incontrare difficoltà: si può pensare a dolori reumatici a talalgia: nel periodo di stato si può pensare al morbo di Reynaud, gangrena simmetrica delle estremità: all'acrocianosi la quale a differenza della malattia di Reynaud non si accompagna nè a dolori nè a crisi pa-

rossistiche: si può pensare all'eritromelalgia, affezione caratterizzata da accessi dolorifici con sensazione di ustione, accompagnati da rossore dei tegumenti specialmente all'estremità: si deve anche pensare all'obliterazione di origine traumatica, al diabete, alla sifilide. Quando si possono escludere queste affezioni si deve pensare a un'arterite giovanile, o per lo meno presenile.

Le arteriti giovanili presentano spesso dei periodi di remissione: il trattamento razionale dovrebbe per conseguenza mirare anzitutto ad arrestare l'evoluzione della malattia, in secondo luogo a rimediare alle conseguenze della insufficienza circolatoria, infine mitigare i dolori (trattamento sintomatico). Perciò in primo luogo sopprimeremo le cause d'intossicazione (tabacco, alcool): si cercherà abbassare la viscosità sanguigna con degli anticoagulanti (citrato di sodio p. e. ingestione o iniez. endovenose).

Buerger per favorire lo sviluppo del circolo collaterale preconizza un trattamento ginnastico che egli chiama « the postural method »: essendo il malato in posizione orizzontale solleva l'arto a 60° o 90° al disopra dell'orizzontale e ve lo tiene per il tempo necessario all'apparizione del pallore ischemico: l'abbassa poi e lo fà pendere fuori del letto per due, cinque minuti sino ad ottenere un'iperemia reattiva: l'arto è poi rimesso in posizione orizzontale per tre-cinque minuti, durante i quali si applica una corrente elettrica o una borsa di acqua calda il malato ripete questi esercizi 6 o 7 volte per ora e 6 o 7 ore per giorno. È stata consigliata anche la diatermia, l'aria calda, pare senza risultato: molti autori hanno praticato e pare con risultati favorevoli la cura d'insulina a malati con glicemia normale.

*Mezzi chirurgici.* — Anzitutto la simpatectomia periarteriosa: tale operazione è destinata all'insuccesso: non è logico e razionale agire sui vasomotori d'un'arteria la cui parete è molto alterata: i risultati della simpatectomia nell'endoarterite obliterante sono pressochè nulli.

*Resezione arteriosa*: nelle forme generalizzate tanto la simpatectomia che la resezione arteriosa rimangono senza effetto: però il Leriche ha constatato che nelle forme localizzate (per trauma, per compressione, per congelamento) si può evitare l'amputazione ricorrendo alla resezione arteriosa.

Leriche ha dimostrato che in questi casi la resezione arteriosa è la miglior maniera di fare la simpatectomia: segue una dilatazione molto marcata, e in realtà l'efficacia dell'operazione è dovuta alla soppressione del nervo malato.

*Resezione del simpatico lombo-sacrale e ramisezione.* — Il Diez ha eseguito dodici volte la resezione del simpatico lombo-sacrale per trombo-angioite obliterante: l'operazione si esegue in posizione di Trendelenburg: spostata la massa intestinale in alto si incide il peritoneo parietale posteriore a d. a ridosso dell'articolazione sacro-iliaca destra, a sinistra nello spazio parieto-colico sinistro: si preparano con cautela i grossi vasi, si ricerca la catena collaterale del simpatico apportando dal 2° ganglio lombare sino al terzo sacrale: tale operazione secondo il Diez, sopprimendo le vie vaso-costrittrici, porta a ristabilire il tono naturale del sistema vascolare: come risultato immediato si ha un miglioramento del regime vascolare dell'estremità: l'aumentata irrigazione porta con sè la cessazione immediata del dolore prodotta dall'ischemia e la guarigione delle lesioni trofiche e gangrenose di origine arteriosa vaso-motrice simpatiche.

Pieri e Adson hanno eseguito con risultati non favorevoli la sezione dei rami comunicanti che provengono dall'ultimo ganglio lombare e primo sacrale.

*Anastomosi artero-venosa.* — Sperimentalmente i risultati sono contraddittori: l'anastomosi non sempre resta pervia: l'inversione circolatoria da alcuni è ammessa da altri negata: i risultati dell'anastomosi artero-venosa per gangrena spontanea degli arti non sono affatto incoraggianti: la circolazione non è invertita o lo è per breve tempo: l'anastomosi non resta molto tempo permeabile: il sangue arterioso raggiunge solo in parte i tessuti periferici: e ritorna in circolo per le molteplici collaterali venose.

L'Antonucci ha proposto ed eseguito per primo la doppia irrorazione arteriosa dell'arto inferiore, praticando l'anastomosi fra l'arteria iliaca interna e la vena iliaca esterna: in tal modo si realizza la doppia irrorazione arteriosa dell'arto malato senza aver menomamente compromessa o diminuita la irrorazione che per quanto ridotta dalle condizioni patologiche continua a compiersi per la via anatomica normale, cioè attraverso l'iliaca esterna e i vasi arteriosi femorali.

Legatura della vena proposta ed eseguita da Oppel: l'azione fisiologica, secondo l'Oppel, di tale operazione si basa sulla pressione periferica del territorio anemico che s'innalza anche notevolmente: secondo Donati la legatura agisce per stasi venosa e per maggior quantità

di prodotti di ricambio, specialmente, acido carbonico, ad azione vaso-dilatatrice.

Voglio ora fermarmi brevemente sulla surrenalectomia, operazione che si ispira alla teoria di Oppel che l'iperfunzione surrenale sia la causa di turbe croniche delle pareti delle grosse arterie, nell'arterite obliterante.

Nel 1920 il Brüning ha cercato di introdurre nella pratica chirurgica l'estirpazione unilaterale della capsula surrenale, nell'epilessia. La prima operazione di asportazione della capsula surrenale fu eseguita da Oppel. Per comodità di tecnica si asporta la capsula surrenale di sinistra: si può seguire la via lombare e la via transperitoneale. Il processo transperitoneale di Brüning si esegue con un'incisione angolare che si inizia dal processo ensiforme, decorre per dieci centimetri lungo la linea mediana, poi gira obliquamente a sinistra attraverso il retto e l'obliquo esterno: si apre il peritoneo, si sposta in basso mobilizzandola la flessura del colon, si sposta in alto il pancreas, si apre il peritoneo posteriore, si ricerca al lato interno e superiore, del rene sinistro la capsula: si tagliano i vasi su pinze emostatiche: si asporta: l'operazione è grave.

Bumbe e Küttner hanno seguito la via lombare: l'incisione decorre sotto la dodicesima costola sino al retto; si reseca la costola, si incide la musculatura, si scovre il rene e si abbassa: in tal modo la ricerca della surrenale non offre difficoltà.

Il Girgollass ritiene, secondo la sua esperienza, il processo più adatto il seguente: incisione della cute, due dita al disotto della dodicesima costola, che partendo a cinque o sei centimetri dalla linea spinosa arriva al lato esterno del retto di sinistra: si recidono i due obliqui, si intacca anche il retto, si incide la fascia lombo-dorsale, il latissimus dorsi, la massa sacro-spinosa, il legamento lombo-sacrale e in parte il quadrato dei lombi: il peritoneo viene respinto con cautela; si scovre il rene, ma non conviene lussarlo all'esterno, ma abbassarlo, si isola la capsula, facendo attenzione a prender con pinze emostatiche alcune vene che scorrono nell'adipe che riveste la capsula: si peduncola al lato interno e superiore e si asporta.

Il Donati segue la seguente tecnica che io trascrivo: « incisione lunga quindici centimetri che partendo dalla linea paravertebrale incrocia lievemente ad X il decorso della dodicesima costola: incisione del periostio per la maggior lunghezza possibile: resezione sottoperiostale estesa della costola; sezione dei piani profondi secondo la direzione e in corrispondenza del letto costale, il che permette di penetrare facilmente nella loggia surrenale: il rene e gli strati che lo circondano vengono scrupolosamente rispettati, pur dovendosi penetrare nella loggia fibrosa di esso: arrivati nella loggia surrenale si dissocia delicatamente con piccoli batuffoli l'adipe attorno alla capsula, si sezionano fra due legature i peduncoli vascolari e si asporta la glandola.

L'effetto principale della surrenalectomia è la scomparsa del dolore, dolore che è in rapporto con le turbe circolatorie del territorio anemico, sostenute dall'azione esagerata dell'adrenalina e di tutte le sostanze pressorie che la sensibilizzano (pituitrina, colesterina).

Si asporta la surrenale di sinistra poichè la asportazione della destra dati i rapporti di essa col fegato e colla cava offre maggiori difficoltà operatorie: è buona regola lasciare alcuni pezzetti della glandola, per evitare una sindrome d'insufficienza surrenale acuta che si è avuta in alcuni casi in cui la surrenale destra era anatomicamente lesa, e funzionalmente insufficiente.

Quando i mezzi di chirurgia conservativa non sembrano indicati, o il loro impiego non ha ben corrisposto, per l'intensità crescente dei dolori persistenti e violenti, per il progredire della gangrena si è costretti ricorrere all'operazione demolitrice, all'amputazione. Il quesito essenziale e importante da risolvere è di decidere dove debba cadere l'amputazione: dirò subito che qui le opinioni sono discordi e mentre alcuni chirurghi sono partigiani della demolizione generosa adducendo il motivo che una operazione economica può render necessario un secondo intervento per il gangrenarsi del moncone, altri, e più a ragione, rimangono partigiani di un'operazione economica. A me sembra che bisogna regolarsi secondo il criterio di operazioni economiche, poichè il risparmiare sino al limite del possibile, può dare ugualmente un moncone funzionalmente più adatto, senza eccessivo sacrificio dell'arto.

È stato infatti notato che in alcuni casi di gangrena non sempre sono colpiti i grossi vasi ma spesso invece sono colpite solo p. e. le arterie plantari: in tali casi una Chopart, una Lesfranc può esser sufficiente: d'altra parte vi sono dei casi nei quali anche con trombosi estese dei grossi vasi il moncone di amputazione è sufficientemente nutrito perchè è ben sviluppato il circolo collaterale (caso di mia osservazione); e tanto più facilmente si sviluppa per quanto più lenta e vecchia è la lesione endoarteritica.

I criteri sui quali noi possiamo basarci per stabilire ove debba cadere l'amputazione, sono vari:

La pulsazione arteriosa: si dice che l'apprezzare la pulsazione della tibiale posteriore nel solco retromalleolare e della tibiale anteriore al dorso del piede è un dato in favore della demolizione economica.

Buerger consiglia metodicamente l'amputazione alla Gritti o al terzo inferiore della coscia: altri, se non percepiscono il polso della poplitea, amputano senz'altro la coscia.

Qualche osservazione sul sintoma in base al reperto del caso da me illustrato: come risulta dall'esame clinico e isto-patologico era obliterato tutto il tronco principale dell'arto inferiore (arteria femorale poplitea art. tib. ant. e post.); non si percepiva alla palpazione che la pulsazione della iliaca esterna: ebbene in questo caso l'amputazione alla Gritti è stata più che sufficiente, operazione che eseguii ispirandomi sempre al concetto di amputazioni economiche, mentre forse il percepire solo la pulsazione della iliaca esterna avrebbe potuto indurmi all'amputazione alta della coscia con eccessivo sacrificio dell'arto, e nel caso singolo della funzione.

Oscillometria: non descrivo la tecnica: si saggia col Pachon: ci dimostra lo stato della parete vasale: quando l'onda sanguigna penetra nel vaso, al quale è stata tolta la compressione, questo si espanderà in misura maggiore o minore a seconda della elasticità delle sue pareti e dell'ampiezza del suo lume: naturalmente l'esame col Pachon ci rivela lo stato del tronco arterioso principale, non lo stato della circolazione collaterale. Quando la prova è positiva possiamo ritenere che al livello dell'indice oscillometro ampio, il moncone sarà ben nutrito e la cicatrizzazione assicurata: ma in quei casi come in quello da me illustrato, in cui l'oscillometria non poteva darci alcun criterio, come regolarsi? Ebbene in molti casi il criterio della oscillometria, come quello della pulsazione non ha valore alcuno per indicarci la sede dell'amputazione, che deve esser eseguita sempre economicamente; il circolo collaterale può esser sufficiente ad assicurare la nutrizione del moncone, nonostante la mancanza dell'oscillometria.

Prova di Moskovicz. Ha un'importanza molto relativa e discussa: essa dovrebbe rivelare lo stato della circolazione profonda, dal livello di iperemia attiva che si ha quando dopo 5 minuti si toglie la fascia di Esmarch applicata dal piede alla radice della coscia: con essa si può avere un criterio molto discutibile e incerto.

*Arteriografia.* — È un'altro metodo di esplorazione della permeabilità arteriosa e della sufficienza circolatoria. Si può iniettare nelle arterie o lipiodol (Sicard) o joduro di sodio alla soluzione del 25 % (in quantità di 10-15 cmc.). Se la circolazione è libera le arterie sono visibili solo per qualche secondo: arrestandosi in un tronco arterioso la soluzione opaca ai raggi, avremo la dimostrazione del punto ove è l'obliterazione arteriosa e dove si deve amputare per cadere in tessuto sano.

L'iniezione si fa scorrendo l'arteria al triangolo di Scarpa o pungendo l'arteria senza prima denudarla.

Il metodo ha dei pericoli: emorragia, vasocostrizione, aumento dell'ischemia, intossicazione generale; per di più tale metodo d'indagine può portare a errore d'interpretazione: è inesatto ritenere p. e. che la nutrizione di un lembo è assicurata dal contenere le arterie il lipiodol poichè tale permanenza può dipendere dalla stasi: d'altra parte se le collaterali non si vedono non vuol dire che il lembo è insufficiente, poichè, come ha notato il Leriche, le vie collaterali non sempre sono visibili. Per conseguenza anche l'arteriografia non ha valore assoluto: nel mio caso la sua applicazione non era possibile essendo la femorale obliterata.

CASO CLINICO. — Giard. Ciro di Alfredo, di anni 40. Entra in ospedale il 3-5-1933. Padre vivente, madre morta di paralisi. Il paziente assicura di essere stato sempre bene, mentre era al servizio militare ha contratto la malaria. Nega lues, ha avuto blenorragia. Da circa quattro mesi ha notato la comparsa all'estremità delle dita dell'arto inferiore sinistro di parecchie macchie di colorito rossovinoso e contemporaneamente ha cominciato a soffrire di parestesie e di dolori lancinanti all'estremità delle dita. In seguito è comparsa sul dorso del piede in corrispondenza della linea metatarsofalangica di una zona di colorito cianotico ardesiaco che è andata allargandosi, circondata da un alone rosso-vivo, molto dolente spontaneamente e alla pressione. L'arto non appare edematoso e si apprezza la pulsazione della femorale all'arcata non si apprezza la pulsazione della tibiale poster. dietro il malleolo. Il malato avverte dolori fierissimi che non risentono che poco l'effetto dei comuni analgesici e della morfina: più che dalla gangrena, l'indicazione all'intervento è dato dai dolori insopportabili che non danno un momento di tregua al povero malato.

Operazione (Marinacci), 6-5-1933.

(Rachianest. novocaina). Incisione per la ricerca della femorale nel triangolo di Scarpa. Si apportano due o tre glandole linfatiche ingrossate. Palpando col dito si avverte nettamente la pulsazione dell'iliaca esterna e della femorale al di sotto

dell'arcata; segue poi un cordone teso rigido a superfice lievemente ineguale, aderente ai tessuti circostanti non pulsante. Si riconosce esser l'arteria femorale trombosata e priva completamente di pulsazione; essa viene isolata con laboriosa e attenta preparazione: la vena aderisce intimamente all'arteria trombosata; la si separa con difficoltà e si riesce senza affatto ledere la sua parete. Si apporta fra due allacciature un tratto di circa otto centimetri, della femorale che appare maggiormente alterata. Sutura a strati. Guarigione operatoria. Macroscopicamente l'arteria asportata appare come un cordone rigido beante, ridotta di volume, completamente obliterata in questo tratto da un trombo che fuoriesce dal lume.

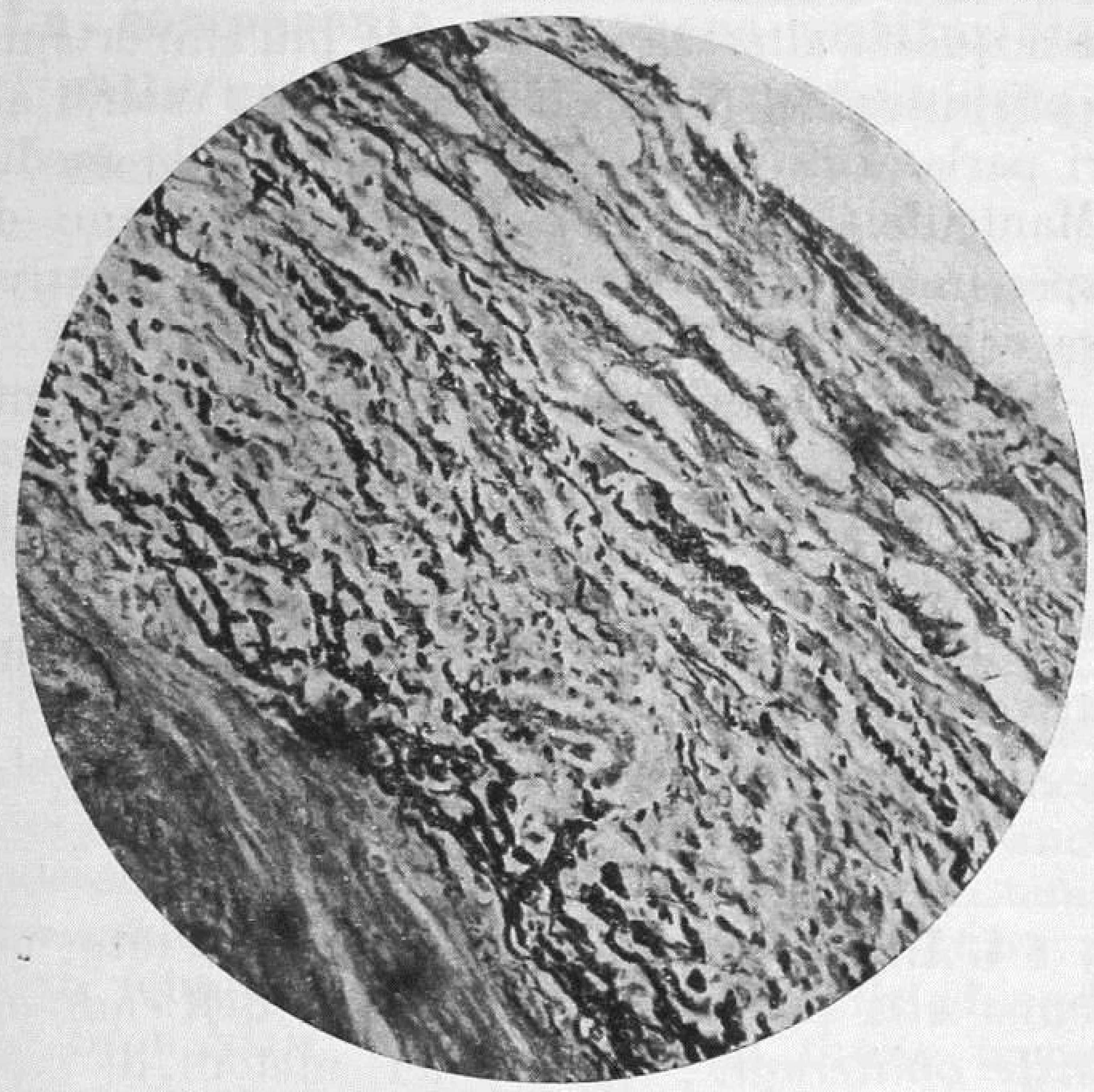


FIG. 1. — Avventizia con proliferazione delle fibre elastiche. Colorazione Weigert. Ematossina e oss. Oculare Zeiss; obb. 12 × Koristka.

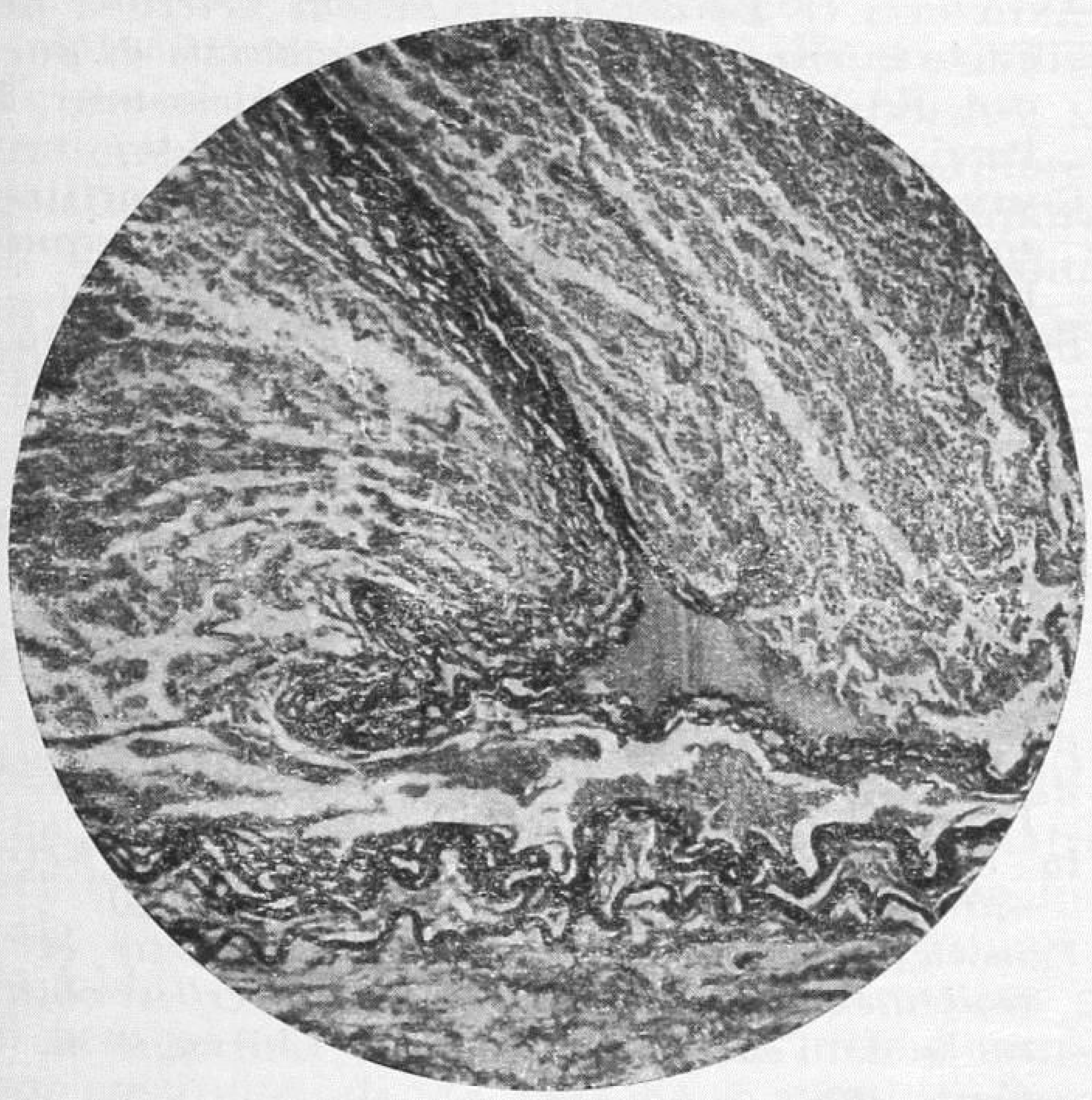


FIG. 3. — Bottone elastico-connettivo che si stacca dalla limitante interna e penetra nel lume vasale.

Come effetto immediato dell'operazione si ebbe la diminuzione molto notevole del dolore; l'effetto però fu transitorio: i dolori ripresero più fieri, la gangrena si andò lentamente estendendo, qualche chiazza cianotica apparve verso la metà della gamba onde si decise ricorrere all'amputazione dell'arto: non potendo per ragioni ovvie servirci dei mezzi a nostra disposizione (pulsaz. arteriosa, arteriografia, oscillometria) mancava infatti la femorale, ricorsi, per le ragioni esposte alla amputazione osteoplastica alla Gritti, operazione eseguita in eteronarcosi, il 26-5-1933. Il decorso fu favorevole e l'infermo, col moncone completamente cicatrizzato liberato del tutto dai dolori terribili di cui era straziato, migliorato nelle condizioni generali, fu dimesso dall'ospedale ai primi di luglio. Ho rivisto il malato dopo 9 mesi: le sue condizio-

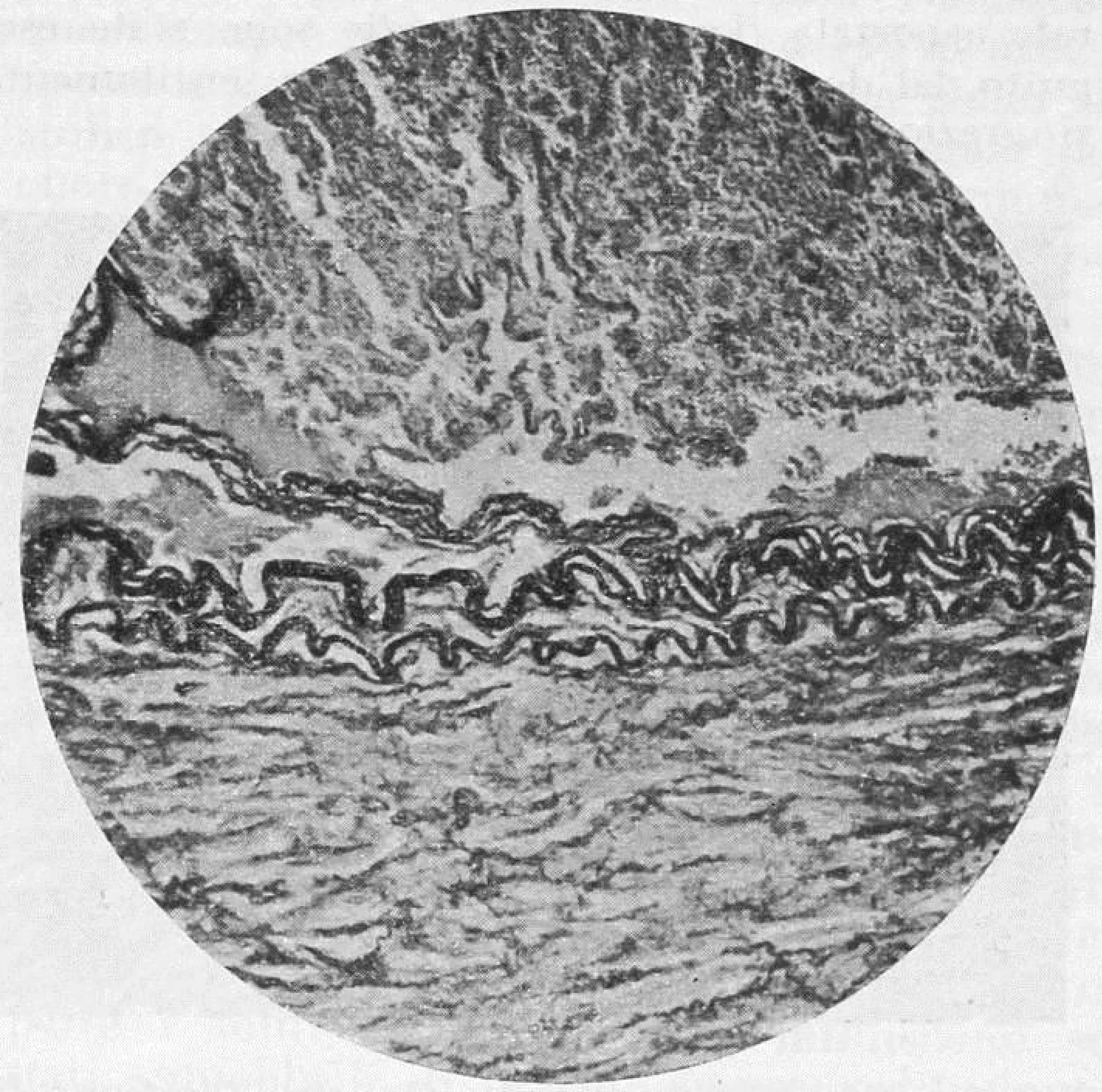


FIG. 2. — Sdoppiamento della limitante interna con distacco di una lamina elastica che penetra nel lume vasale.



FIG. 4. — Limitante interna sdoppiata.

ni locali e generali ottime. Espongo in sintesi alcune note riassuntive sull'anatomia patologica dell'affezione, facendo poi seguire delle microfotografie dimostrative dei tagli istologici della femorale asportata. Le microfotografie sono state eseguite dal dottor Vetta (Pescara), che sentitamente ringrazio.

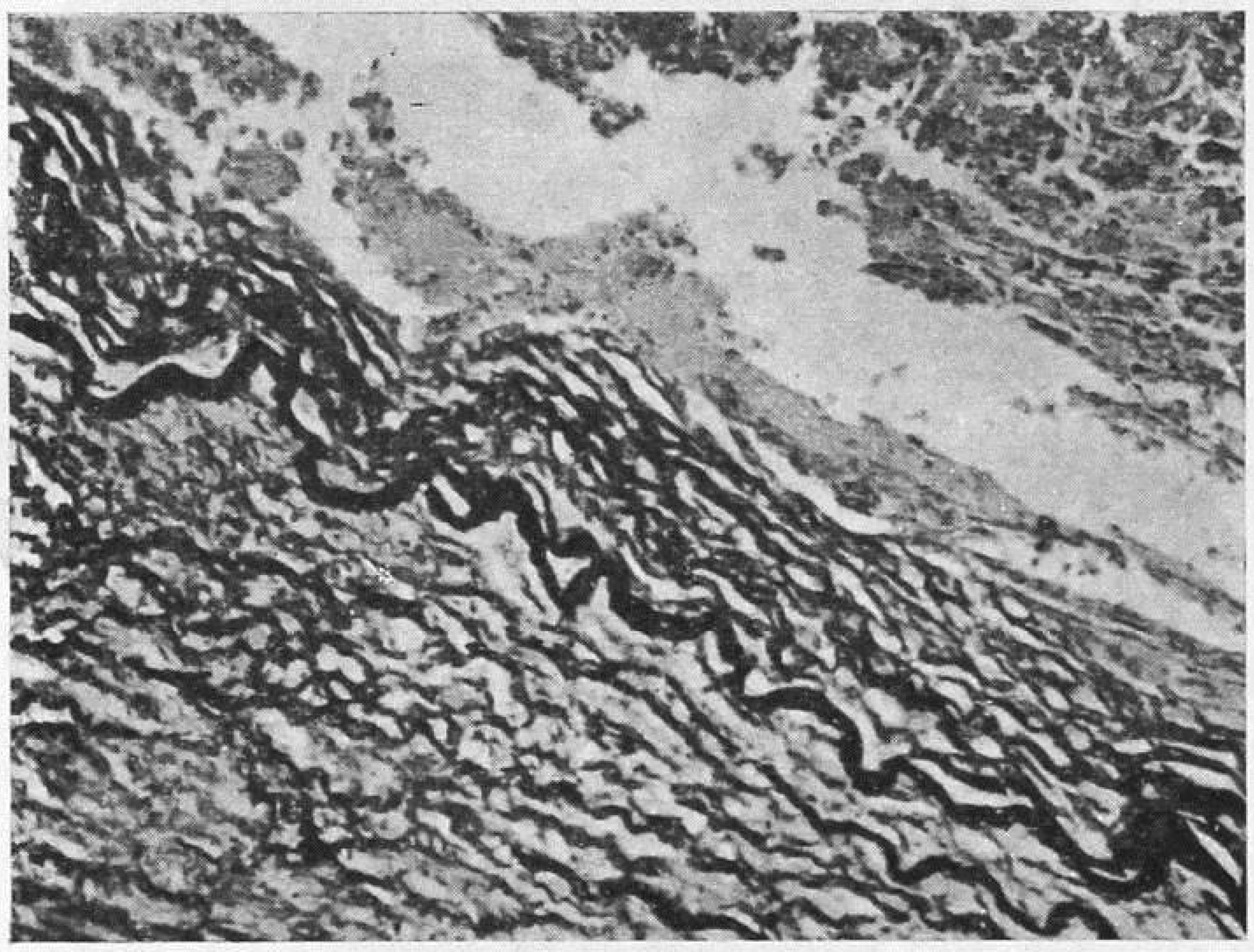


FIG. 5. — Limitante interna con proliferazione fibrillare di elementi elastici tanto verso il lume vasale che verso la media.

La lesione base della malattia è l'arterite e la flebite produttiva a carico di tutte le tonache e non già una semplice endoarterite come era stata inizialmente concepita. La proliferazione dell'intima è il fatto iniziale che di solito si manifesta più accentuato su di una parte del contorno del vaso e gradatamente progredisce sino a restringere il lume e talora anche ad occluderlo. Le proliferazioni degli elementi elastici sono pure caratteristiche: le alterazioni della media e dell'avventizia, meno intense sono sempre a forma produttiva.

Le proliferazioni dell'intima delle arterie non avviene in egual misura sul contorno del vaso. in genere si sviluppa su una parte della circonferenza e questo fatto è più accentuato nei grossi vasi. Tale reperto non è specifico dell'endoarterite obliterante poichè si trova nelle forme luetiche e tubercolari: non esiste un andamento regolare e progressivo lungo il decorso dei vasi principali, della iperplasia dell'intima da un punto distale a uno prossimale o viceversa.

Da quasi tutti gli autori è dimostrato che queste lesioni produttive delle arterie e delle vene sono accompagnate sovente da proliferazioni di tessuto elastico. La limitante interna è continua, sinuosa ed unica.

Sternberg, Haga, Gruber, ecc. hanno osservato la formazione di una seconda lamina elastica non continua e sfibrillata, che si accompagna alla limitante interna. Il maggior numero di elementi elastici si osserva fra l'elastica interna e la muscolare. Nella tonaca media alcuni hanno osservato un'ipertrofia così accentuata delle cellule muscolari da attribuire a questa alterazione la parte più importante e primitiva del processo (Sternberg, Wolf): altri parlano di un assottigliamento della media (Manteufel), altri (Haga, Gruber) parlano di ispessimento dovuto a sviluppo di connettivo fra cellule muscolari.

Il trombo è un fatto secondario: si costituisce essenzialmente sull'intima arteriosa alterata, con il concorso del rallentamento della corrente sanguigna.

Nelle vene il processo produttivo è meno attivo ma evidente.

## RIASSUNTO.

L'A. a proposito di un caso osservato, accenna alla patogenesi e diagnosi dell'*endo-arterite obliterante*: tratta dei metodi di cura conservatrice o demolitrice: in caso di intervento demolitore ricorda i diversi mezzi a disposizione per determinare ove si debba amputare e raccomanda di seguire il criterio di essere economici per quanto è consentito.

## LAVORI CONSULTATI.

ANTONUCCI C. *La doppia irrorazione arteriosa dell'arto inferiore nella cura della malattia di Buerger.* Scritti in onore di Roberto Alessandri. L. Pozzi, Editore, Roma, 1933-XI.

CIMINATA A. *La gangrena spontanea degli arti con speciale riguardo all'endoarterite obliterante.* Relaz. al Congr. S. I. Chir., Genova, 1929.

BEDARIDA N. *L'arterite e flebite produttiva nella gangrena giovanile.* Archivio Ital. di Anatomia e Istologia Patologica.

ID. *Un caso di gangrena giovanile trattato con la surrenalectomia.* Archiv. Ital. di Chir., v. XXV, 1930.

BORCHARD. *Beiträge zur primaren Endoarteritis obliterans. Deutsch Zeitschr. für Chir.* Bd. LIV, 1897.

GIRGOLAW. *Über Spontane Gangrän.* Virchoff. Arch. Bd. CLII, 1898.

ID. *Über die Spontangängrän der unteren Extremitaten.* Zentralbl. f. Chir. 1913, S., 1920.

LEIBOVICI R. *Remarques sur le diagnostié et le traitement des gangrènes par arteritis oblitérants de l'adulte.* Journal de Chirurgie n. 3, mars 1928.

OBERTHUR H. *Des oblitérations arterielles des membres en particulier des artérites juvèniles.* Revue de Chirurgie, n. 9, 1927.

OPPEL. *On the experimental basis of theory of gangrena arteritica suprarenalis.* The Lancet, 1922.

PAUPERT-RAVAULT. *Formes cliniques des obliterations arterielles des mèmbres.* Thèse de Lyon, 1925.

GIRGOLAW. *Sulla tecnica dell'estirpazione delle capsule surrenali.* Zentrabl. f. Chir., n. 37, 1922.

# SUNTI E RASSEGNE.

## SISTEMA NERVOSO.

### La componente neurogeno-costituzionale nella genesi degli stati subfebbrili cronici.

(J. SCHPIRT. *Vracebnoje Dielo*, 1934, n. 3).

Il problema degli stati subfebbrili cronici continua ad essere di attualità, anche per la sua importanza pratica. Varie soluzioni sono state prospettate, ma la stessa loro molteplicità sta a dimostrare, forse più che l'insufficienza delle singole teorie, la varia genesi di tale fenomeno.

Da quando Bruke ha introdotto il concetto della febbre isterica, questa è stata invocata nei casi del genere, e trova dei fautori anche adesso come p. es. il Krehl. Per un certo tempo ha goduto favore la teoria che attribuiva gli stati febbrili cronici ad adenite delle ghiandole bronchiali, che ha perduto molto terreno dopo gli studi di Nola e Mora. Anche l'influenza cronica descritta da Filatow è stata da taluni considerata come causa di subfebbrilità cronica; più recentemente veniva attribuita ad una infezione focale, quasi sempre orale. In Russia si è abusato in questi casi anche della diagnosi di endocardite cronica basata per lo più sul solo reperto di un soffio sistolico. V'è chi, come Roubel, parla di « ipertermia endocrina » dovuta spesso al disovarismo.

Attualmente si nota il ritorno alla possibilità di genesi nervosa dello stato subfebbrile; si tratterebbe cioè di una « nevrosi dei termoregolatori »; il Cernogoubow, che è un fautore di tale teoria, conclude sulla sua probabilità in base allo studio di qualche centinaio di casi clinici.

L'A. stesso ha sottoposto ad uno studio dettagliato 220 individui affetti da stati subfebbrili. Di questi 124 presentavano discrete difficoltà diagnostiche e sono stati sottoposti oltre che all'esame clinico anche ad una serie di indagini radiologiche, di laboratorio (studio biochimico e colturale del sangue) a prove funzionali cardiache ecc.; ogni malato veniva anche osservato dagli odontologi e otorinoiatri per escludere la possibilità di un'infezione focale. Il materiale è stato diviso in tre gruppi: 1) febbre di origine infettiva; 2) tireogena e 3) neurogeno-costituzionale; quest'ultimo gruppo, costituito di 14 persone è stato studiato con speciale attenzione.

Ora appunto erano questi malati che non presentavano alcun fenomeno morboso o quasi, eccetto la febbre che la mattina era di 36°,8-37°-37°,2 e nelle ore serotine raggiungeva 37°,5. Su 14 infermi 9 erano donne; la maggioranza di età fra 20 e 30 anni. Lo stato subfebbrile si era manifestato in essi da qualche mese fino a 2 anni prima dell'ingresso in clinica. Alcuni di questi malati accusavano disturbi subiettivi del cuore, per lo più palpitazioni, qualche volta dolenzia precordiale o lieve affanno. Obiettivamente veniva constatata quasi sempre tachicardia (da 90 a 120 al min'), spesso accentuazione del 1° tono con soffio sistolico alla punta; lo studio radiologico del cuore non dimostrava aumento di volume, mettendo in rilievo solo contrazioni frequenti e « superficiali ». L'ECG era normale.

Partendo dall'osservazione di Cernogoubow, che la morfina quale paralizzante dei centri termoregolatori provoca in questi individui lo abbassamento della febbre, l'A. ha escogitato una prova diagnostica differenziale, atta a dimostrare che nei casi del genere si tratta di uno stato di eccitabilità permanente del centro termoregolatore; difatti somministrando dei preparati di stricnina (1 cc. di soluzione a 1 ‰ *pro die*) si provocava un graduale aumento della febbre (che non si osserva negli altri febbricitanti) che tornava ai livelli precedenti dopo la sospensione del farmaco. D'altra parte i soliti antipiretici non influiscono su stati subfebbrili di origine neuro-costituzionale. Dunque l'azione della morfina nel senso deprimente e quella della stricnina in senso esaltante costituiscono la caratteristica di questi stati.

Per quel che riguarda la patogenesi della temperatura subfebbrile cronica a substrato neuro-costituzionale l'A. crede che condizionata dalla labilità del centro termoregolatore in individui astenici (a questo tipo appartenevano tutti i casi osservati) essa ha per causa determinante qualche leggera infezione (tonsillite o influenza quasi sempre riscontrabile nell'anamnesi) che altera l'equilibrio instabile di questo centro. S. MINZ.

### L'asma riflesso.

(H. H. MOLL. *British Medical Journal*, 18 agosto 1934).

Lo spasmo bronchiale può prodursi per via riflessa in seguito ad eccitamento di parti varie del corpo. È stata notata l'asma di origine gastrica e rettale, che cessa in seguito a svuotamento dello stomaco e del retto, l'asma di origine pulmonare dovuta ad eccitamento da parte di focolai tubercolotici calcificati.

Ma l'asma riflesso più comune è quello di origine nasale. L'arco riflesso naso-pulmonare si stabilisce attraverso i nervi trigemino e vago. La parte afferente o sensitiva è costituita dai rami oftalmico e mascellare superiore, dalle radici e dal nucleo del trigemino; la parte efferente o motoria dal nucleo motore dorsale del vago, dal *nucleus ambiguus*, e dalle fibre efferenti del vago.

Alcune parti del naso sono più delle altre legate al riflesso naso-pulmonare e costituiscono la zona asmogena, che comincia dal margine inferiore del turbinato medio e raggiunge la

superficie cribriforme, comprendendo le superficie laterali e del setto del naso, frontalmente è limitata dall'estremo anteriore del turbinato medio e posteriormente dallo sfenoide, cavità sfenoidale compresa.

Quantunque clinicamente sia molto difficile produrre l'asma con la stimolazione della zona asmogena, tuttavia in un asmatico con ipersensibilità nasale si può produrre un'altra specie di riflesso, noto sotto il nome di riflesso naso-facciale.

Stimolando la zona asmogena, e specialmente il turbinato medio, si possono avere le seguenti manifestazioni:

1) Lagrimazione intensa, dapprima omo- e poi bilaterale, con iperemia congiuntivale.

2) Arrossamento dell'ala del naso, che si può estendere anche alle palpebre, ai pomelli, alla fronte, alle orecchie e perfino alla nuca.

3) Turgore della mucosa nasale con rinorrea profusa.

4) Midriasi omolaterale, tosse spasmodica, ed eccezionalmente anche nausea, palpitazioni, collasso e perdita di coscienza.

La presenza del riflesso naso-facciale indica che probabilmente l'asma è di origine riflessa.

Nei soggetti allergici si può ottenere un altro fenomeno riflesso con l'illuminazione intensa dell'interno dell'occhio: si ha sternuto, tosse ed eventualmente un attacco di asma. La esposizione alla luce solare può produrre una crisi di febbre da fieno ed anche di asma. Vi sono insomma individui sensibili alla luce solare come vi sono altri sensibili alle proteine estranee. L'allergia fisica esiste ed è stata bene riconosciuta.

La importanza del fattore nasale nell'asma è stata riconosciuta da molto tempo. Ma tale rapporto patogenetico fu dimostrato indubbio quando fu provato che nei bronchi esistono fibre costrittrici innervate dal vago, la cui contrazione può essere determinata eccitando vie sensitive diverse.

Le condizioni patologiche del naso che possono costituire il fattore stimolante per la produzione del broncospasmo sono molteplici. Sta di fatto che mentre i casi di anomalie e di malattie del naso sono moltissimi, solo in pochi si verifica l'asma. Quindi vien fatto di domandarsi se devono esistere altre condizioni perchè il riflesso si produca.

Stoland, Sherwood e Woolbury hanno dimostrato che l'eccitabilità del vago (cronaxia) è aumentata dalle iniezioni di siero. Freund e Gottlieb hanno trovato che i peptoni e i sieri provocano un enorme aumento della reazione salivare alla pilocarpina.

È da pensare quindi che lo stimolo nasale da solo, sia pur intenso ed eccezionale, non sia capace di produrre l'asma. Perchè questo si verifichi, ossia perchè il riflesso si stabilisca, è necessario un'abnorme eccitabilità del vago, a sua volta determinata da condizioni umorali.

Al riguardo è stato rilevato come l'asma si associ spesso a stati di acidosi e di alcalosi, ma in effetti è stato dimostrato che non vi è alcuna interdipendenza tra il broncospasmo e tali stati.

Certo l'attività del vago ha variazioni diurne, stagionali e sessuali. Gli accessi di asma sono in effetti più frequenti di notte, dopo i pasti e alla fine della settimana. Lo stato degli ioni dei bronchi può avere un'influenza decisa sullo spasmo bronchiale. Pottenger ha stabilito che il calcio agisce in armonia con l'eccitazione del simpatico, ed il potassio e meno il sodio con l'eccitazione del vago. Con l'aumento dell'attività parasimpatica si ha un aumento relativo dei potassio-ioni e diminuzione dei calcio-ioni. Mancano però prove dirette della deficienza di calcio nell'asma.

Durante gli ultimi quattro anni l'A. ha avuto occasione di osservare 337 casi di asma, di cui circa la metà presentarono disturbi vasomotori o delle fauci. Il disturbo più comune è lo starnuto isolato o in serie, che spesso costituiva il segno prodromico dell'accesso di asma. Un altro disturbo comune è la rinorrea accompagnata o non da sternuto. Più rari sono il bruciore degli occhi, la lagrimazione, la fotofobia. In parecchi casi furono constatati disturbi a carico della gola: secchezza, irritazione, tosse stizzosa dovuta ad eccitazione del palato e della parte superiore della trachea, e meno frequentemente infiammazione ed edema della faringe e della laringe con raucedine o afonia. Eccezionalmente si è osservata sordità da occlusione delle trombe.

Tutte queste reazioni vasomotorie del naso e delle fauci possono precedere, accompagnare o seguire l'attacco di asma. Questo può non verificarsi mentre persistono i sintomi nasali (specie la rinorrea) ma si sviluppa non appena essi cessano.

Le affezioni vasomotorie del naso sono state constatate in individui con allergia alimentare o da sostanze inalate, specie da polline.

In 262 casi furono accertate anomalie anatomiche o malattie del naso e delle fauci (deviazioni del setto, ipertrofia dei turbinati, adenoidi, polipi, rinite secca, rinite cronica, iperestesia nasale, ecc.). In parecchi di questi casi coesisteva uno stato allergico nettissimo.

È a ritenere che le anormalità del naso e delle fauci nella maggioranza dei casi sono più elementi coincidenti che causali. L'ipertrofia dei turbinati e le affezioni iperplastiche dei seni più che la causa sono un effetto dell'asma.

Sta di fatto che gli interventi chirurgici intesi ad eliminare le affezioni o anomalie del naso e della gola non apportano mai la guarigione completa, e migliorano la situazione solo nella metà dei casi.

In conclusione l'asma riflesso è una condizione nella quale la stimolazione che scatena l'accesso avviene nel naso, ma questa stimolazione non è per sè stessa un fattore esclusivo e

sufficiente. Perchè avvenga il broncospasmo è necessario l'esistenza di uno stato di eccitabilità vagale che nella quasi totalità dei casi è legato ad una condizione allergica.

DR.

## ORGANI DI MOVIMENTO.

### Le cisti meniscali del ginocchio.

(NICOLE. *Deutsch. z. Chir.*, 243, p. 147, 1934; MORWE-MARTIN. *Bull. mém. Soc. nat. de Chirurgie*, vol. 60, p. 504, 1934; SORREL-MADIER. Ibidem, v. 60, p. 275, 1934).

Ancora nel 1925 Küttner riteneva i 6 casi di cisti meniscali del ginocchio capitati a Riedel come una rarità. Da allora i casi però sono andati sempre aumentando cosicchè oggi si può trattare questa affezione da un punto di vista sintetico.

Il primo caso fu descritto da Ebner nel 1904 che per primo stabilì la parentela di queste affezioni con i gangli delle guaine tendinee.

Da allora Riedel ha raccolto 127 casi nella letteratura.

Dal fatto che alcuni AA. ne hanno pubblicati vari casi si può concludere che l'affezione non è forse così rara come sembrava.

Nicole ne ha osservato 4 casi. Sorrel-Benoit 1 caso, così pure Morwe-Martin.

Clinicamente le cisti dei menischi articolari del ginocchio sono un'affezione dell'età giovanile (24-30 anni). Solo 2 casi (3 con uno di quelli riferiti dagli AA. francesi) sono di bambini; 3/4 dei casi sono uomini. L'importanza etiologica del trauma viene assai discussa. Certo esiste un rapporto funzionale fra meccanica articolare e insorgenza delle cisti perchè il menisco laterale è colpito assai più di frequente del mediale (83 %) il lato D. più del S. La cisti si presenta come un tumore di grossezza variabile, di consistenza variabile dal duro elastico al fluttuante, non riducibile, indolente, la cui grossezza varia a secondo della posizione dell'arto (più grande ad arto esteso, più piccola a arto flesso). Generalmente non si hanno disturbi funzionali notevoli nè grandi dolori. Il decorso è lento. La diagnosi è facile, tuttavia sono possibili confusioni con fibromi, condromi, t. a cellule giganti, t.b.c. ecc.

Più difficile è lo stabilire se si tratti di una affezione del menisco o della capsula. In questo senso bisogna tener conto dei sintomi meniscali.

*Anatomicamente* si tratta di formazioni bozzute, multiloculari a larga base, a contenuto liquido mucoide. Alcuni AA. vorrebbero fare una divisione fra cisti para ed intrameniscali. Tale divisione è praticamente difficile da fare. Istologicamente si tratta di formazioni fibrose a base cartilaginea, con ricchi fenomeni degenerativi. Le cavità cistiche sono limitate fra loro da setti di tessuto connettivo e non presentano rivestimento epiteliale. Nei vari gangli si distingue una zona intrameniscale di degenerazione cistica ed una parameniscale dove sono le grosse cisti del vero e proprio ganglio. Non tutti gli AA. sono d'accordo sulla presenza o meno di emorragie e sul rivestimento dei loculi cistici.

Sulla terapia sono quasi tutti d'accordo. Finchè il ganglio è piccolo e non dà disturbi, non c'è ragione di asportarlo. Se vi è aumento di volume e dà impaccio funzionale, va asportato.

I casi operati non danno mai recidive.

Etiologia: varie teorie: *teoria traumatica; teoria dell'artroma* (vera neoformazione); *teoria degenerativa, teoria dell'usura.*

L'A. tedesco (Nicole) cerca di consigliare la teoria deg. con quella traumatica e spiega l'aff. come effetto di un traumatismo sulla base dell'« Umbau » del menisco nel 3° decennio di vita.

L'unico punto in cui i tre AA. non sono fra di loro d'accordo è il punto della opportunità o meno della asportazione di tutto il menisco. Mentre l'A. tedesco e il Sorrel propendono alla asportazione, il Morwe consiglia di regolarsi caso per caso essendo in genere sufficiente l'asportazione del tumore.

ALDO CALÒ.

### Sulla rottura bilaterale simultanea del legamento rotuleo.

(HANKE. *Zbl. f. chir.*, n. 48, 1933).

Le fratture da strappamento sono relativamente frequenti. Rare sono le rotture pure del tendine del quadricipite e più rare ancora quelle del legamento rotuleo. Solamente 8 casi sono stati descritti di rottura bilaterale simultanea del legamento rotuleo. L'A. riporta un caso, di osservazione personale, in un uomo di 63 anni. Il paz. era caduto dall'altezza di m. 2 1/2, in posizione eretta, battendo i piedi al suolo e, successivamente, flettendo fortemente le gambe in conseguenza dell'urto. Non era stato capace di rialzarsi ed era stato trasportato a casa, dove per circa un mese era stato curato con applicazioni locali, senza risultato. All'ingresso in clinica presentava impossibilità di estensione e flessione attiva delle gambe; al normale posto della rotula. d'ambo i lati si notava una profonda depressione; la radiografia mostrava un notevole risalimento della rotula e lesioni diffuse di artrite deformante.

*Diagnosi*: strappamento bilaterale del legamento rotuleo e artrite deformante.

Per vincere la tensione del quadricipite fu praticata l'estensione con filo metallico per un giorno e quindi si procedette all'intervento: cerchiaggio della rotula e del tendine strappato. L'estensione fu lasciata per 14 giorni.

Dopo 36 giorni il paz. poteva muovere bene le gambe e dopo 52 camminava senza bastone. La flessione attiva arrivava a 45°.

L'A. discute il meccanismo di rottura esaminando le cause locali e generali predisponenti, le complicazioni, i metodi di plastica nei casi di antica data. G. PACETTO.

## Trattamento immediato dei traumi articolari senza frattura a mezzo dell'iniezione intralegamentosa di novocaina.

G. ARNULF e PH. FRIEH. *La Presse Medic.*, n. 30, 1934).

Gli AA. ricordano come fu il Leriche nel 1930 a dimostrare come l'anestesia dei legamenti articolari, che sono ricchissimi in terminazioni nervose, sopprime il dolore consecutivo alla distorsione e fa pure scomparire immediatamente le consecutive turbe funzionali.

L'effetto terapeutico di questa anestesia sorpassa di molto per durata la semplice anestesia locale, e ripetendo due o tre volte l'iniezione, si ottiene in generale una guarigione completa.

Altri AA. hanno usato il metodo con risultati eccellenti. Io l'ho usato in una distorsione del collo del piede del giorno precedente e la ripetei due volte con due giorni d'intervallo, e con risultato soddisfacente.

La tecnica è di iniettare nella regione periarticolare, di preferenza sul decorso dei legamenti e nei punti dolorosi, alcuni cmc. di novocaina al 0.5-1 %. Se l'impedimento funzionale non scompare subito del tutto, si fanno altre iniezioni nei punti rimasti dolorosi raggiungendo i 25-30 cmc. Dopo pochi istanti il paz. potrà muovere dolcemente, completamente e senza dolori la sua articolazione.

Il metodo trova la sua precipua indicazione nelle distorsioni senza fratture dei capi articolari. Per Leriche, nella storta semplice, si ha un vero e brutale trauma dei legamenti che irrita le terminazioni nervose di queste, che diventano l'origine di un riflesso spinale del tipo vasomotorio, causa dell'edema periarticolare, dell'ipertermia, dell'impedimento funzionale e della rapida atrofia muscolare. Quindi per Leriche la storta si riduce ad un traumatismo del sistema nervoso intralegamentoso; la rottura dei legamenti articolari è per lui una ipotesi non confermata dai reperti anatomici.

Si comprende allora come una infiltrazione anestetica dei legamenti bloccando le terminazioni centripete del riflesso, ne arresta gli stimoli, interrompe l'arco, e quindi previene le turbe vasomotorie. I risultati sono immediati e definitivi se il trauma è recente; meno costanti e più tardivi nelle distorsioni antiche, che richiedono pure più iniezioni.

Gli AA. su citati riportano circa 10 casi in cui il metodo rispose bene e lo raccomandano per la sua semplicità, per i suoi risultati, perchè utile pure come mezzo diagnostico, fallendo nei casi in cui concomita frattura.

R. GRASSO.

# MISCELLANEA.

## Malattie d'autunno.

(A. H. DOUTHWAITE. *Practitioner*, ott. 1934).

Con una particolare insistenza, con un ritmo monotono, anno per anno l'autunno apporta irrevocabilmente un aumento considerevole delle infezioni catarrali acute. Sembra quasi che l'immunità degli individui verso queste infezioni acquistata l'anno precedente e conservata per tutta l'estate cessi immediatamente con l'abbassamento della temperatura e con i mutamenti atmosferici che sopravvengono con la nuova stagione.

A ben considerare le cose i fattori determinanti del fenomeno sono molteplici. L'autunno oltre che dall'abbassamento generale della temperatura è accompagnato da brusche, imprevedibili variazioni della medesima, in modo che le abitudini, gli abiti diventano da un momento all'altro inadatti all'eccessivo caldo o all'eccessivo freddo. Durante l'estate la maggioranza della popolazione vive in campagna o in riva al mare, e anche quelli che restano nelle città vivono prevalentemente all'aria aperta, a finestre spalancate o per le strade, e d'altra parte si fanno più esercizi fisici. Con l'autunno tutto ciò cessa: si ritorna al lavoro, alla vita sedentaria, in ambienti chiusi e viziati. Si spiega così come la resistenza organica alle infezioni delle vie aeree diminuisca, come l'organismo diventi più suscettibile alle variazioni ambientali.

L'affezione autunnale più comune, la più molesta se non la più pericolosa, è il banale raffreddore. L'agente etiologico, il meccanismo patogenico di questa condizione non sono ancora noti. Si tratta veramente di un'affezione o, almeno inizialmente, di un disordine vasomotorio di origine termoallergico? La risposta non è facile. L'A. propende a credere che si tratti di un'infezione, nella quale il germe troverebbe facile attecchimento su una mucosa alterata dalle variazioni termiche e dagli agenti irritanti contenuti nell'aria confinata degli ambienti chiusi. Ritiene pertanto che il miglior modo di prevenire la corizza sia quello di continuare a vivere per quanto possibile all'aria libera, di proteggere la mucosa nasale con vaselina e con iniezioni di vaccini anticatarrali. (Osservazioni recenti tenderebbero invece a far ritenere più probabile l'origine allergica del raffreddore: come mezzi curativi-preventivi si sarebbero dimostrati veramente efficaci l'uso di oppiacei per via orale e l'instillazione di soluzione di protargolo o di argento colloidale sulla mucosa nasale. Queste pratiche farebbero regredire il male se adoperate ai primi sintomi del male. - *N. d. R.*).

A parte le molestie che provoca, il raffreddore ha importanza in quanto esso spesso costituisce il fatto iniziale di un processo morboso che si diffonde alle vie aeree sottostanti.

La tracheite è un breve stadio di passaggio tra una corizza in via di regressione ed una

bronchite acuta. La raucedine, la tosse dolorosa, sono indici che l'infezione tende a discendere verso aree più vulnerabili. Un trattamento adeguato può prevenire questa complicazione. Si faranno inalazioni a base di mentolo, eucaliptolo e tintura di benzoina, si daranno medicamenti calmanti della tosse e fluidificanti della secrezione tracheale: a tale scopo giovano molto l'oppio e l'ipecacuana sotto forma di polvere di Dower.

Se dopo 48 ore, malgrado le cure, la tosse continua accompagnata da dolore al petto e se si presenta una lieve ipertermia si può essere sicuri che il processo si è diffuso ai grossi bronchi, quantunque i fatti ascoltatorî si manifestino solo parecchi giorni dopo.

La cura di questa bronchite, come del resto della tracheite, s'imposta sopra tutto sulla costanza della temperatura dell'ambiente nel quale trovasi il malato.

In questo periodo la mucosa bronchiale è arrossata, edematosa e secca; devono quindi essere evitati gli sbalzi di temperatura che la stimolano e l'irritano, come deve essere evitata la presenza nell'aria di sostanze che producano i medesimi effetti.

Si possono adoperare fumigazioni di balsamici (olio di santalo, creosoto, eucaliptolo, trementina), ma il loro potere disinfettante è nullo, le loro proprietà decongestionanti scarse: il solo effetto sicuro è quello di aggravare le molestie del malato con il cattivo odore.

L'alimentazione deve essere limitata e leggera. Il sonno può essere assicurato con le polveri di Dower che devono essere adoperate anche se provocano nausea.

L'uso degli espettoranti deve essere ben condotto. Come è noto ve ne sono 4 gruppi: 1) Sostanze emetiche che agiscono per via riflessa stimolando la mucosa gastrica, le quali in dosi subemetiche provocano l'espettorazione (ipecacuana, tartaro stibiato, scilla, saponina, carbonato d'ammonio); 2) sostanze che agiscono stimolando il centro bronchiale (apomorfina); 3) sostanze che stimolano le terminazioni degli organi secretori (pilocarpina); 4) sostanze che stimolano le glandole bronchiali sia direttamente (creosoto, benzoino), sia attraverso modificazioni della crasi sanguigna (cloruro d'ammonio, alcalini); sembra inoltre che a questi effetti gli ioduri abbiano un'azione specifica. Nel primo stadio della malattia conviene adoperare sostanze dei primi tre gruppi (sopratutto del primo) e nella fase terminale medicamenti del 4° gruppo che hanno tra l'altro la proprietà di rendere l'espettorato più fluido.

Un'altra malattia molto frequente nella stagione autunnale è la tonsillite follicolare, che talvolta costituisce la fase iniziale di malattie più gravi.

Di solito essa non dura che due o tre giorni ed è caratterizzata da cefalea, brividi, febbre. Le tonsille appaiono ingrossate, rosse, coperte da macchie bianche più o meno estese. Talvolta s'ingorgano anche le glandole linfatiche degli angoli mascellari.

Ma può accadere anche che i fatti morbosi sia subito sia poco dopo si presentino in forma più allarmante: la febbre è molto alta, si ha nausea e vomito, la lingua diventa rossa e secca, compaiono eritemi diffusi ed eventualmente diarrea. Talvolta la milza è palpabile e dolente, si ha albuminuria, e l'esame batteriologico del sangue e delle urine fa rilevare la presenza di streptococchi. Fortunatamente poche volte si hanno complicazioni gravi (empiema, artrite settica, ecc.).

Nella fase di tonsillite follicolare due medicazioni hanno un incontestabile valore. La prima consiste in gargarismi o pennellazioni con soluzione di acido cromico al 5 %. Per togliere il cattivo sapore e le macchie date dall'acido cromico si può subito dopo procedere al lavaggio della bocca con acqua ossigenata. L'altra consiste in gargarismi o anche ingestione di una mistura di percloruro di ferro e clorato potassico.

Nelle tonsilliti con infezioni streptococciche si può adoperare la sieroterapia, ad es. con il siero antiscarlattinoso, preferibilmente per via intramuscolare allo scopo di evitare spiacevoli reazioni immediate. Queste in ogni caso possono essere mitigate con la somministrazione di gluconato di calcio.

Infine va fatta menzione dell'influenza che è una malattia frequente nel tardo autunno. Nella sua estrinsecazione schietta e mite il trattamento sintomatico è semplice. Le eventuali complicazioni dovute probabilmente ad infezioni sinergiche vanno curate secondo i casi.

DR.

### Un siero per il trattamento della tularemia.

(LEE FOSHAI. *Journ. of Am. Med. Ass.*, 4 novembre 1933).

L'A. ha preparato un siero iniettando sottocute delle sospensioni di Pasteurella tularensis uccise con formaldeide. Il siero ottenuto centrifugato o filtrato e al dosaggio variava sia in quantità che in numero di iniezioni, a scopo di stabilire le dosi da usare nei casi di gravi di infezioni. La somministrazione si faceva per via sottocutanea o intramuscolare o endovenosa.

La diagnosi clinica di tularemia era confermata dalla agglutinazione o dalla reazione intradermica o da tutte e due.

Il siero fu somministrato a 69 pazienti, 31 dall'A. e gli altri in altro ospedale. La cura fu iniziata al più presto sei giorni dopo l'inizio della malattia: in media al 20° giorno di malattia. Si ebbero 4 morti: in un caso vi era grave sclerosi renale e insufficienza cardiaca, negli altri tre infiltrazioni tularemiche estese dei visceri toracici e addominali, prima che il siero fosse somministrato.

In complesso il siero antitularense ha dimo-

strato di avere un benefico effetto sul decorso della malattia nell'uomo. Per quanto l'A. crede che una metà dei pazienti siano stati insufficientemente trattati la durata media della malattia nel gruppo curato con antisiero è stata ridotta di quasi la metà rispetto a quella del gruppo controllo. La durata dell'adenopatia ed il periodo di convalescenza furono molto raccorciati.

Reazioni da siero si ebbero frequentemente, specialmente se si considerano le piccole quantità di siero somministrate, ma la maggioranza di tali reazioni furono molto lievi e soltanto in quattro casi si ebbero disturbi un po' accentuati. Si ebbe anche un aumento delle adeniti suppurative, forse perchè il dosaggio di antisiero era insufficiente. La pratica finora fatta consiglia all'A. il seguente dosaggio: nelle infezioni di media gravità iniezione endovenosa giornaliera di 15 cc. di antisiero ottenuto da stipiti virulenti del germe. Quando le ghiandole linfatiche sono già molto ingrossate, se si vuol prevenire la suppurazione bisogna iniettare almeno tre di tali dosi. Ma ciò che è più importante è una diagnosi precoce: soltanto iniziando la cura nei primi dieci giorni di malattia molti casi di morte possono essere evitati e il decorso della malattia essere di molto accorciato. Tale possibilità sarà attuabile forse mediante l'uso della reazione diagnostica intradermica associata alla cura con antisiero proposta dall'A.

G. LA CAVA.

# DIVAGAZIONI

## La presbiacusia ed il suo trattamento.

Analogamente al termine di presbiopia, Macleod Yearsley (*The Lancet*, 11 agosto 1934) dà il nome di presbiacusia alla sordità senile, che può essere o non accompagnata da modificazioni degenerative dell'orecchio medio od interno; queste sarebbero da distinguersi dalla vera presbiacusia, ma è assai dubbio che possano mancare lesioni degenerative di qualche entità specialmente nell'orecchio medio.

Non esistono osservazioni anatomo-patologiche in proposito nell'uomo. Ne esiste una di L. Katz per il gatto. Si trattava di un animale morto a tardissima età (23 anni), in cui tale A. ha trovato osteite rarefacente delle ossa circostanti al labirinto, con degenerazione parziale ed atrofia del nervo cocleare e dell'organo del Corti. Poichè la staffa non era anchilosata e tutto il legamento anulare era intatto, si deve escludere l'otosclerosi e le modificazioni erano probabilmente dovute all'età.

Ad ogni modo, sono desiderabili non soltanto le ricerche anatomiche, ma anche quelle cliniche di individui anziani e vecchi.

La presbiacusia si manifesta generalmente fra i 55 ed i 65 anni, ma incomincia probabilmente a 50 ed anche prima. Al pari di altre forme di sordità nervosa, è caratterizzata dall'abbassamento del limite superiore di udibilità e dalla diminuzione della conduzione ossea. Dato lo scarso uso che si fa dei toni molto alti per l'acutezza uditiva nella nostra vita civile, sono proprio questi che si perdono per i primi.

Dalle ricerche di Bezold, fatte su 200 individui di oltre 50 anni, risulta che dai 50 ai 60 non soltanto vi è una diminuzione nel numero di individui con udito normale, ma vi è anche un successivo aumento nel grado di sordità.

Zvaardemaker ha stabilito in proposito le seguenti leggi sulla presbiacusia: 1) Il registro della facoltà uditiva umana si contrae di mezza ottava al suo limite superiore, nel periodo dell'età avanzata; in media, di una quarta minore, al massimo di una quinta maggiore; 2) La contrazione aumenta con l'età; 3) Il limite superiore di udibilità, in gioventù, è *mi*7; nell'età avanzata è *la*6 (valori medî). Il limite estremo per un udito normale dei vecchi è *fa*6.

In tempi più recenti, Pflimlin, esaminando 140 individui di oltre 60 anni, trovò che l'affezione più frequente è la sordità nervosa od un'affezione del labirinto; egli conferma le leggi di Zvaadermaker e ritiene che una parte dei casi di sordità può essere considerata come presbiacusia fisiologica, mentre una causa relativamente frequente di sordità in età avanzata è la fissazione della staffa.

L'A. ritiene che Pflimlin confonde la presbiacusia con la sordità dovuta a modificazioni dell'orecchio medio, probabilmente di natura artritica e dovute alla tossiemia di probabile origine intestinale. L'A. trova una certa connessione in serie fra certe forme di sordità congenita, l'otosclerosi, alcuni casi anomali di sordità cronica insidiosa che si installa alla media età e la vera presbiacusia; se tali rapporti fossero comprovati, si avrebbe un nuovo indirizzo per il trattamento delle forme croniche e progressive della sordità.

L'A. ritiene molto significativa l'associazione della presbiacusia con la tossiemia intestinale e consiglia a far molta attenzione al vitto, all'evacuazione intestinale (egli ne esige due al giorno) se si vuole impedire lo sviluppo della sordità.

Oltre a questa profilassi generale, l'A. consiglia vivamente il metodo elettrofonoide di Zünd-Burguet, basato essenzialmente sul massaggio mediante il suono, che è lo stimolo normale per l'orecchio (sul metodo, l'A. non dà altre indicazioni).

La degenerazione dei dispositivi nervosi dell'organo dell'udito viene attribuita a difetti di circolazione; l'arteria cocleare è sottile e, con la diminuzione della forza della pompa centrale, diminuisce anche il rifornimento di sangue in tali organi, di cui la nutrizione soffre. Con il metodo citato, si provoca un'iperemia attiva, col risultato di migliorare la nutrizione del tessuto cocleare.

L'A. riporta una trentina di casi in cui con il metodo citato si sono avuti eccellenti risultati, come per esempio, di un caso nel quale dapprima la voce sussurrata era udita a 30 cen-

timetri ed, in seguito, a 5 metri. In un caso, anzi, questo miglioramento ha portato a dissidi in famiglia, poichè l'individuo ha potuto sorprendere, a tavola, dei discorsi punto edificanti per lui che i familiari tenevano a voce abbastanza alta fidandosi della sua sordità.

Se dopo un certo tempo, l'udito si fa nuovamente duro, un nuovo e breve periodo di trattamento lo reintegra. L'efficacia è maggiore quando vi si associa il trattamento generale, nel senso di non indulgere troppo alle dolcezze della vita e di regolare le evacuazioni intestinali. *fil.*

## NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Dott. FRANCESCO LANDOGNA CASSONE. *Le curve glicemiche. Sua importanza nell'esplorazione funzionale del sistema endocrino vegetativo.* Pagg. 250. Editore L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 35.

*Ci sia consentito di riportare in queste colonne la significativa Prefazione che l'illustre sen. prof. Pende si è compiaciuto di scrivere per il libro del dott. Landogna Cassone.*

« La monografia che il mio colto e diligente allievo dott. F. Landogna offre al pubblico medico, rappresenta un contributo preziosissimo alla semeiologia ancora tanto difficile e complicata del grande sistema neuro-endocrino, e quindi alla semeiologia della costituzione e del temperamento dinamico e biochimico individuale, la cui conoscenza costituisce il fulcro della moderna medicina.

È noto come il glicosio rappresenti il combustibile diretto della vita, e qualunque apparato regolatore della vita stessa è probabile che non possa agire senza modificare il metabolismo di questa sostanza.

Ecco perchè a priori dobbiamo cercare nelle variazioni del tasso glicemico, spontaneo o provocate ad arte nel soggetto, una spia preziosa degli spostamenti di equilibrio del grande apparato regolatore vegetativo, del quale il sistema endocrino ed il sistema del gran simpatico costituiscono gli strumenti di attuazione.

Partendo da questo principio, da varî anni io ho elevato lo studio della curva glicemica, sia alimentare che provocata da speciali stimoli endocrini e neurovegetativotropi, a criterio semiologico fondamentale, rivelatore dello stato di equilibrio o di squilibrio neuroendocrino.

Lo studio di Landogna affronta e sviluppa nel modo clinicamente il più completo questo problema.

I risultati da lui ottenuti sono quanto mai dimostrativi e di applicazione estesa nel campo della clinica medica.

In tal modo il Landogna ha colmato una lacuna della semeiologia, portando un mezzo nuovo di arricchimento alla comprensione di quell'intimo meccanismo di armonia funzionale, nel quale è tutta la ragione della vita, e del quale gli organismi del consenso vitale — ormoni e nervi della vita vegetativa — ci forniscono la prova più evidente.

Sono certo che il bel libro del Landogna sarà apprezzato nel suo giusto valore dai numerosi cultori della moderna semeiologia funzionale ».

Genova, dalla *Clinica Medica*, ag. 1934-XII.

NICOLA PENDE.

## CENNI BIBLIOGRAFICI

A. RAYBAUD. *Les sindromes hypofisaires et infundibulo-tubériens.* Editore G. Doin e C. Parigi. Prezzo Fr. 25.00.

L'interessante collana: « *La pratique médicale illustrée* » si arricchisce di questa pregevole monografia, che in piccolo volume dà un'esposizione chiara e completa di tutto quanto si è finora assodato sulle manifestazioni cliniche di origine ipofisaria e dei centri adiacenti.

La trattazione è fatta in modo schematico tale da fare subito orientare sull'intricato argomento.

È un libro veramente utile per i pratici e per gli studiosi perchè concretizza in poche pagine quanto si trova sparso in numerose pubblicazioni. DR.

A. TOURNAY. *Sémiologie du sommeil.* Editore G. Doin e C., Parigi. Prezzo Fr. 30.00.

L'A. è uno studioso del sonno, ed ha pubblicato sull'argomento altre interessanti memorie. Questa raccoglie il frutto di 25 anni di osservazioni e di esperienze.

Le varie teorie annunciate per spiegare il sonno sono esposte in modo succinto e chiaro.

Ma l'A. si sofferma sopra tutto ad esporre fatti. Egli precisa tutta la fenomenologia del sonno. Precisa ed analizza tutte le manifestazioni del dormiente nelle varie età ed in molteplici condizioni cercando di spiegarne il significato. Le sue osservazioni sempre accurate ed interessanti, spesso originali, costituiscono senza dubbio elementi preziosi per l'ulteriore sviluppo della dottrina del sonno. DR.

C. FLANDIN. J. BERNARD e F. JOLY. *L'intoxication par les somnifères.* Editore G. Doin e C. Parigi. Prezzo Fr. 20.00.

La letteratura degli avvelenamenti da ipnotici si va facendo sempre più abbondante in relazione all'effettivo interesse pratico che l'argomento desta.

L'uso dei barbiturici va diventando smodato, provocando stati di intossicazioni sempre più numerosi che, pertanto, il medico pratico deve sapere riconoscere.

Il presente volume concorre alla divulgazione delle conoscenze al riguardo in modo veramente efficace.

La chimica e la tossicologia dei barbiturici, la clinica e la terapia delle rispettive intossicazioni sono trattate in modo esauriente.

DR.

# I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

(Roma, 17-20 ottobre 1934).

### L'inaugurazione

La seduta inaugurale del 41° Congresso della Società Italiana di Chirurgia e del 40° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna ha avuto luogo in comune nell'aula magna della R. Università alle ore 10 del 17 ottobre.

L'inaugurazione è stata presieduta da S. E. l'on. Albertini, Sottosegretario di Stato al Ministero di Grazia e Giustizia. Al tavolo della Presidenza siedevano il sen. Maragliano, presidente della Società Italiana di Medicina, il prof. Alessandri, presidente della Società Italiana di Chirurgia, il prof. Busi, preside della Facoltà di Medicina in rappresentanza del Magnifico Rettore, il prof. Frugoni, presidente del Comitato ordinatore, il prof. Bauer della Facoltà di Vienna, il gen. Volpe per la Sanità Militare, il prof. Sabatini, consigliere delegato della Società di Medicina.

Erano presenti i rappresentanti della Direzione Generale di Sanità Pubblica, della Sanità Militare del R. Esercito e della Marina, del Servizio Sanitario dell'Areonautica, della M. V. S. N.

Notati S. E. Spano, presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, i senatori proff. Micheli, Viola, Devoto; i proff. Donati, Schupfer, Gasbarrini, Galdi, Uffreduzzi, Jemma, Ferrannini, Cesa Bianchi, Fasiani; moltissimi altri clinici e patologi italiani; un gran numero di primari medici e chirurgi convenuti da tutte le parti d'Italia.

Salutato da applausi si leva primo a parlare il prof. BUSI, il quale con elevate parole, a nome del Magnifico Rettore S. E. Rocco, porge a tutti i convenuti il benvenuto più cordiale auspicando che i lavori del Congresso segnino un progresso reale delle scienze mediche.

Segue il prof. Bauer per recare il saluto della Facoltà Medica di Vienna e per esprimere la propria ammirazione per la meravigliosa ascesa, anche nel campo scientifico, dell'Italia Fascista.

Il discorso inaugurale viene fatto dal prof. ALESSANDRI.

Egli dopo aver rivolto un elevato saluto ed un ringraziamento alle Autorità, alle Gerarchie e a tutti gli altri convenuti, rileva che da ormai tredici anni le Società di Chirurgia e di Medicina Interna tengono insieme i loro annuali Congressi, trattando oltre ad argomenti particolari a ciascuna Società, anche uno comune ad entrambe le branche. Nota l'importanza di questa collaborazione scientifica ricordando che gli argomenti trattati hanno riguardato finora: L'ulcera duodenale; la colelitiasi (calcolosi biliari); le indicazioni di operabilità nelle varie forme di splenomegalia (ingrossamento della milza); la cura chirurgica della tbc. polmonare; la stitichezza abituale; i tumori del midollo spinale; le gangrene degli arti e specialmente le arteriti obliteranti; le ematurie (emorragia urinaria); le pancreatiti acute o croniche (infiammazione del pancreas); le epatiti croniche e cirrosi (infiammazione del fegato); le malattie da lesioni delle paratiroidi.

Questa serie di argomenti di alto interesse e di attualità che sono stati anno per anno svolti completamente dai due diversi punti di vista, hanno portato sicuramente ad una conoscenza più larga dei problemi diagnostici e curativi in malattie di così grande diffusione ed importanza. E quest'anno col tema delle bronchiectasie (dilatazione dei bronchi), la tradizione si continua con promettente vantaggio, mentre altre Società di specialisti, tra cui quelle di radiologia e otorinolaringologia, hanno voluto contribuire a questi studi collettivi.

L'O. osserva che questa collaborazione, nelle ricerca e nella lotta contro le malattie, data precisamente dal '22, dall'inizio cioè del Regime Fascista, che questa collaborazione è in tutti i campi e in tutte le classi ha suscitato e favorito per il vantaggio della Nazione e per la maggiore utilità e salute del popolo.

« Le nostre discipline — egli dice — non appartengono a quelle esclusivamente scientifiche, che possono anche astrarre da ogni applicazione immediata; le nostre discipline, pur su base esattamente scientifica e facendo tesoro di ogni ricerca sperimentale e speculativa, hanno per fine supremo lo studio della cura dell'uomo malato, donde il giudizio quasi disdegnoso di alcuni che negano alle cliniche e in genere alla medicina e alla chirurgia un valore reale di scienza, perchè essenzialmente è la pratica applicazione alla diagnosi ed alla cura dei singoli casi, quella che costituisce l'essenza del nostro lavoro. Ma se ciò autorizza a ritenere come un'arte questo esercizio sanitario, si deve anche riconoscere che questa applicazione è frutto di una preparazione scientifica, poichè dai singoli casi si assurge a leggi generali, e dai vari malati e dalle varie malattie si passa alla medicina sociale, alla medicina politica, giusta il concetto del grande maestro Guido Baccelli. E dice medicina, perchè è la parola comprensiva, poichè se nella necessaria divisione di lavoro noi ci distinguiamo in medici e chirurgi, non vi è fondamentale differenza, poichè si tratta sempre delle varie malattie, che colpiscono l'umanità, e nelle quali unico è lo scopo essenziale, cioè di una esatta diagnosi in cui può valere, nella stessa malattia, una cura medicamentosa od una cura operatoria; donde la necessità di una collaborazione fra medici e chirurgi per studiare insieme i problemi più importanti della diagnosi e della terapia ».

L'O. ritiene doveroso illuminare anche le Autorità che presiedono alla istruzione superiore, nel far rilevare le deficienze nella preparazione di medici pratici e nella organizzazione della ricerca scientifica nel campo medico-chirurgico. Questa preparazione spetta essenzialmente alle cliniche e non può essere delegata ad altri; non può, come molti oggi affermano, essere puramente e semplicemente ridotta alla pratica minuta delle corsie ospedaliere; questa viene dopo, ma è necessario che prima gli studenti abbiano la base unica, corretta in una sola direzione, per poterla poi applicare e servirsene con vantaggio. Le nostre disposizioni permettono al giovane medico appena laureato di sostenere l'esame di Stato senza o con assai scarso tirocinio pratico. Diversamente si fa in altre Nazioni, specialmente negli Stati Uniti, ove i laureandi non possono sottoporsi subito all'esame di abilitazione, ma devono rimanere per un anno almeno in una clinica o in un ospedale autorizzato, in cui fanno pratica di medico, di chirurgo, di ostetrico e di esame di laboratorio.

Una riforma di questo genere si impone anche fra noi e l'O. ritiene che se il corso degli studi di medicina e chirurgia diviene troppo lungo, convenga ridurlo a cinque anni prima della laurea, e dedicare un anno all'applicazione pratica, che permetterebbe di utilizzare il materiale che possono dare tante forze ospedaliere, che ora si esauriscono in corsi liberi di scarsa efficacia, e che, date le numerose materie obbligatorie che gli studenti debbono seguire, sono più di impaccio o di distrazione. La cooperazione e la coordinazione delle forze — afferma il prof. Alessandri — è oggi un postulato fondamentale della organizzazione statale, e nel campo dell'istruzione e dell'educazione dei giovani, e specialmente in quello grave di responsabilità dell'esercizio dell'arte sanitaria, ben si comprende come sia di importanza capitale. Si augura, pertanto, che siano tenute in considerazione queste idee suggeritegli dall'amore della scienza e dal desiderio che in Italia non si sia in questo campo da meno di altre Nazioni.

L'O. accenna ora ad un altro grande problema, la medicina sociale, cioè l'applicazione delle nostre conoscenze e della nostra attività alle numerose malattie che costituiscono le cause di deperimento e di indebolimento della razza ed in cui non dal punto di vista puramente individuale e professionale, ma da quello più vasto della salute e del progresso demografico della nazione, l'opera del sanitario può essere svolta in modo concorde ed efficace. Con l'esempio di quanto si è fatto e si sta facendo nel campo della tubercolosi, sia come profilassi sociale, sia come cura, e quello che si sta compiendo per la malaria; con le bonifiche integrali e con la collaborazione dei medici, l'O. ritiene che si possa ugualmente provvedere in un campo più strettamente chirurgico, nella minorazione da traumi o da deformità congenite od acquisite, similmente a quanto si fa nel campo più difficile ancora oscuro dei tumori maligni.

La numerosa famiglia sanitaria può recare un largo contributo di indirizzo e di applicazione pratica, che mette a disposizione del Regime, con disciplina e modestia.

Chiude augurandosi che l'odierno Congresso riesca degno della risorta coscienza del nostro popolo ed assicurando che i cultori della medicina e della chirurgia corrisponderanno con tutte le loro forze al monito del Duce: sempre più in alto e sempre nell'intento che l'Italia non sia superata da altre Nazioni.

Il discorso del prof. Alessandri, interrotto spesso da applausi, è coronato da una ovazione.

Sorge quindi a parlare S. E. ALBERTINI, in rappresentanze del Governo, il quale afferma che in una nazione come l'Italia che avanza sicura nella via del progresso, i congressi scientifici sono tenuti nella massima considerazione, poichè costituiscono le periodiche adunate di cospicue forze intellettuali al servizio degli interessi superiori della nazione. Il Governo Fascista segue perciò col più vivo interesse l'attuale Congresso, i cui lavori condurranno la scienza a conquiste sempre più alte. È viva ancora in tutti l'eco dell'alta parola che il Capo del Governo indirizzò ai medici italiani: essa segnalò la grandezza della missione, ne esaltò il sacrificio, incitò a prove sempre più dure per il bene del popolo. Il Governo Fascista, che pone fra i principali obietti della sua politica la sanità della stirpe continuerà a favorire il progresso scientifico e ne sono una prova gl'istituti, le cliniche, le scuole, nelle quali la dottrina si estende e si perfeziona; gli ospedali ed i sanatori in cui la pratica porta i risultati delle affermazioni scientifiche; come del pari l'attività legislativa che adegua il progresso della scienza. Accenna alle provvidenze molteplici del Governo Fascista; alla recentissima legge sanitaria, espressione di medicina pratica, rilevando che tanto più è forte una nazione quanto più validi ed efficaci sono i mezzi per assicurare la sanità del suo popolo.

Chiude augurando che per la Patria e per l'umanità siano fecondi i risultati dei lavori del Congresso, che dichiara aperto in nome del Re. (*Applausi*).

In ultimo il sen. MARAGLIANO con ispirate parole inneggia ai trionfi della scienza voluti e favoriti dal Capo del Fascismo.

Alla fine della cerimonia i congressisti si sono recati al Palazzo del Littorio, dove dopo aver deposto una corona nella Cappella Votiva dei Caduti Fascisti, sono stati ricevuti dal Segretario del Partito, S. E. Starace, che in un elevato discorso ha esaltato l'importanza della medicina e chirurgia per il progresso dei popoli ed ha ringraziato i congressisti dell'omaggio al Partito Fascista.

Nella seduta pomeridiana hanno avuto luogo l'inizio dei lavori.

## XL Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Ore 15 - 17 ottobre 1934.

Presidenza: Prof. C. FRUGONI.

### Terapia vaccinica e terapia aspecifica nelle malattie infettive.

PARTE I.

#### La vaccinoterapia in alcune malattie infettive.

Prof. ADOLFO FERRATA (Pavia), relatore

con la collaborazione dei proff. V. ZAMORANI, P. INTROZZI, G. PELLEGRINI, A. FIESCHI, R. CASAZZA e del Dr. E. STORTI.

LA VACCINOTERAPIA DELLA FEBBRE MELITENSE.

Prof. P. INTROZZI.

La enorme diffusione che in questi ultimi anni ebbe la infezione da melitense, e la facilitata diagnosi di essa per una migliore conoscenza clinica della malattia tanto nelle forme comuni che rare, ha indotto clinici, patologi ed igienisti a rivolgere l'attenzione allo studio delle norme di profilassi e dei mezzi di cura: ed è così che fin dal 1926 il clinico di Pavia FERRATA e con lui VERATTI, preoccupati del continuo aumento di casi verificatosi anche nella provincia di Pavia, e della comparsa dell'infezione fra il personale del laboratorio di batteriologia annesso alla clinica medica, di cui due valorosi assistenti furono colpiti e uno in forma molto grave, vista l'impossibilità di troncare con altri mezzi terapeutici veramente efficaci l'infezione, hanno insistito perchè fosse riesumata e rimessa in uso, facendola praticare su larga scala in clinica e consigliandola ai medici pratici, la vaccinoterapia specifica che, come si

disse, era già stata precedentemente tentata e poi a torto quasi completamente abbandonata.

Praticando pertanto la vaccinoterapia specifica su larga scala in tutti gli ammalati di melitense venuti all'osservazione in questi ultimi otto anni, il metodo si è dimostrato fecondo di risultati e perciò, se è vero che ancora non si è detta l'ultima parola in tema di terapia della febbre ondulante, bisogna riconoscere che un passo avanti si è fatto: i risultati sono raccolti in numerosi lavori usciti specialmente dalle scuole italiane, fra le quali non ultime quelle pavesi di Ferrata e di Veratti, e quella di Di Guglielmo a Catania.

Lo studio della letteratura ci permette di seguire l'evoluzione storica della vaccinoterapia della melitense e ci mette in condizione di riscontrare come dopo un primo periodo di entusiasmo, seguito ai primi fortunati tentativi di Reid, di Basset-Smith e di Wrigth, essa sia andata in disuso e a torto abbandonata per essere applicata solo sporadicamente in qualche caso isolato, non essendo mai stata ritenuta come la terapia di elezione delle brucellosi.

Anche oggi in cui l'attenzione degli studiosi di tutto il mondo è richiamata sul grave problema di salute pubblica, costituito dalla maggior frequenza della melitense in ogni paese, e in cui la questione della terapia di questa affezione è diventata di attualità e si sta orientando verso la vaccinazione, la modalità di somministrazione per via endovenosa del vaccino non incontra nella generalità dei medici quel favore che a ragion veduta le spetterebbe. L'opinione poi di molti AA., propensi per la vaccinoterapia per via sottocutanea o intramuscolare, è addirittura sfavorevole per la via endovenosa: il metodo, secondo questi, sarebbe da proscriversi, perchè non scevro di pericoli dipendenti sopratutto dallo *shock* prodotto dalla reazione che potrebbe condurre persino al collasso cardiaco.

Bisogna riconoscere alla scuola pavese il merito di aver riesumato e rimesso in valore la vaccinoterapia per via endovenosa da noi applicata fin dal 1926 per tutti i casi di malattie infettive nei quali la vaccinoterapia è indicata e la via endovenosa possibile.

Le infezioni che finora ci hanno fornito il più vasto materiale sono quelle da bacillo del tifo e da melitense.

La prima nota organica e che mette a punto l'argomento della vaccinoterapia endovenosa della febbre ondulante venne nel 1932 pubblicata da Bianchi il quale, per consiglio del prof. Veratti, col materiale raccolto in massima parte nella nostra clinica, cerca di mettere in valore la vaccinoterapia specifica della brucellosi e in particolar modo quella per via endovenosa.

Numerose furono poi le conferme alla utilità del metodo, apportate da valenti colleghi e ancor più quella autorevolissima del Di Guglielmo, che ha avuto campo di sperimentare con ottimi risultati la pratica vaccinale in una regione che è fra quelle in cui la melitense è più diffusa. Alle conferme degli altri aggiungiamo anche la nostra, documentata da numerosi casi personali riferiti nella relazione stessa.

Per quanto non manchino autori i quali mettono in dubbio gli effetti terapeutici della vaccinoterapia delle malattie infettive e per quanto si debba riconoscere che nella pratica si può incontrare, fra i moltissimi che risentono della cura specifica, anche quel caso clinico nel quale la vaccinoterapia può restare senza effetto e forse anche cedere il campo a qualche altro rimedio, ci sembra che l'esperienza compiuta fin qui abbia dimostrato con sufficiente chiarezza che fra tutti i metodi di cura finora usati per l'infezione brucellare umana, la vaccinoterapia specifica per via endovenosa è quella più efficace e perciò riteniamo che essa, poichè quando viene applicata con il giusto criterio e con le dovute norme non presenta pericoli di sorta e non trova particolari limitazioni in rapporto allo stadio e alla forma clinica della malattia, meriti di entrare più largamente nella pratica.

L'esame della casistica nostra e degli altri ci porta poi a riconoscere che il successo più rapido e sicuro della vaccinoterapia si è avuto in tutti o in quasi tutti quei casi nei quali la vaccinoterapia, qualunque sia stata la via di introduzione, ha provocato una viva e intensa reazione generale.

Ed è precisamente su questo punto che ci sembra di vedere la condizione essenziale perchè la vaccinoterapia dia il suo risultato migliore: il criterio infatti da cui si partì fin dal 1926 per le prime vaccinazioni contro la melitense, come anche per quelle antitifiche eseguite nella nostra clinica, fu appunto quello di applicare metodicamente la vaccinoterapia specifica, in modo che con la maggior regolarità possibile ad ogni vaccinazione rispondesse una intensa reazione generale da parte dell'organismo.

E la reazione generale avrebbe tale importanza agli effetti terapeutici della vaccinazione da indurre alcuni Autori francesi (Cambessédès e Garnier) ad affermare che « vi è un rapporto stretto fra rapidità di guarigione e intensità dei fenomeni generali », e da indurre Bianchi ad affermare che « se la vaccinoterapia dopo tanti anni da che ha trovato applicazione anche per la infezione melitense, non ha ancora riscosso l'unanime consenso dei medici, e ancora si sostiene che la esperienza avrebbe dimostrato che essa non offre maggiori probabilità di successo nei confronti di altri metodi di cura, noi crediamo che ciò dipende, almeno in parte, dal fatto che le vie di introduzione per lo più seguite, la sottocutanea e la intramuscolare, non permettono di ottenere con la necessaria sicurezza e regolarità quella reazione senza la quale la vaccinazione rimane senza effetto ».

Questo concetto trova un valido appoggio nell'autorevole opinione di Doerr, l'igienista di Basilea, il quale in una recentissima nota critica sui metodi di vaccinazione afferma che a suo avviso il parlare di *vaccinazione senza reazione* rappresenta *una vera contraddizione in termini*.

L'opinione di coloro che ritengono possibile conferire uno stato di immunità o ottenere una guarigione per mezzo della vaccinazione anche senza provocare nell'organismo vaccinato una reazione apprezzabile, attraverso cioè la così detta reazione latente, non è, secondo noi, ammissibile.

L'esperienza della vaccinazione antitifica dimostra chiaramente che le funzioni pirogena e antigena, entro dati limiti, procedono parallelamente e perciò riesce difficile la scissione delle due funzioni.

Naturalmente sorge qui la questione della tossicità del vaccino, in quanto uno dei requisiti che si richiedono è che un vaccino non deve, compatibilmente colla sua funzione antigena efficace,

provocare disturbi gravi e prolungati nell'organismo del vaccinato.

Non mancano a questo proposito i tentativi intesi ad ottenere vaccini atossici che abbiano però conservata intatta la loro funzione antigena: bisogna però riconoscere che i vaccini variamente trattati a tale scopo hanno mantenuto, per quanto parzialmente, la loro tossicità, dimostratasi sempre in rapporto diretto col valore antigeno. Stabilito ad ogni modo il criterio fondamentale del parallelismo fra funzione pirogena e funzione antigena della vaccinazione, spetta al medico di determinare tutte quelle modalità che possono ottenere dalla vaccinazione l'*optimum* di efficacia terapeutica o immunitaria in senso lato, senza provocare nello stesso tempo gravi disturbi nel vaccinato.

Riaffermato così il principio che, per ottenere dal vaccino una funzione antigena terapeuticamente efficace, si richiede che esso induca una reazione dell'organismo vaccinato, che si raggiunge quando si scelgono come via di introduzione del vaccino le vene, si presenta spontanea la domanda se gli effetti, che si conseguono colla vaccinoterapia endovenosa, sono da attribuirsi ad una *azione specifica*, oppure debbono essere considerati come il risultato di una semplice proteinoterapia aspecifica. La questione è di carattere generale in quanto che essa si estende a tutte quelle malattie infettive nelle quali si applica la vaccinoterapia, e si è presentata alla mente dei clinici e dei biologi allorquando si è cominciato a constatare che spesso gli stessi risultati si possono ottenere con proteine eterogenee di varia natura (latte, caseina, ecc.) o persino con preparati chimici ad azione pirogena, come alcuni sali organici ed i metalli colloidali.

La questione, sia dal punto di vista pratico che da quello dottrinale, è assai complessa e pertanto ci riesce difficile esprimere un parere definitivo, in quanto allo stato attuale delle nostre conoscenze non è possibile decidere se la reazione, data dalla vaccinoterapia specifica nella infezione melitense, è omologabile a quella che si ha colla introduzione per via parenterale di una proteina eterogenea (proteinoterapia aspecifica) o di preparati ad azione pirogena, oppure se sia legata ad un fattore strettamente specifico, o dipenda piuttosto da una combinazione di entrambi questi fattori.

Il problema della specificità di azione del vaccino ha indubbiamente una notevole importanza in quanto serve come presupposto per lo studio del meccanismo di azione della vaccinoterapia in genere, e si è perciò cercato di affrontarlo con alcune osservazioni e prove sperimentali.

Bianchi e Cattaneo avrebbero osservato che la iniezione endovenosa di una piccola quantità di vaccino (1/1000 di ansa normale), negli individui affetti da infezione melitense è sufficiente a provocare *regolarmente* una netta reazione febbrile sotto forma di accesso con peculiari caratteri, mentre negli individui sani e nelle persone affette da altre malattie anche infettive, che non sieno l'infezione da Brucelle, la stessa dose (1/1000 di ansa) non produce alcun effetto apprezzabile e per lo più rimangono inattive anche dosi di gran lunga maggiori. Sulla prima parte di questa affermazione di Bianchi e Cattaneo non abbiamo nulla da dire, in quanto anche le nostre osservazioni cliniche corrispondono esattamente alle loro; anche per noi la reazione febbrile che segue alla introduzione del vaccino per via endovenosa si osserva *regolarmente* negli individui che albergano l'infezione melitense ed avrebbe alcuni aspetti che per la costanza e regolarità loro rendono caratteristico l'accesso di reazione.

L'affermazione invece che la reazione sarebbe visibile soltanto nei soggetti malati di melitense, in quanto nei sani e nei malati di altri processi morbosi la vaccinazione non produce alcun effetto apprezzabile, non è, secondo noi, sostenibile senza riserve. Dalle nostre osservazioni infatti risulta che, se è vero che la maggior parte dei soggetti non melitensi non reagiscono alla iniezione endovenosa di vaccino melitense, alla dose sicuramente attiva per uno malato di melitense, in certi individui invece, non affetti da brucellosi, e che si trovano, almeno alcuni, già in istato subfebrile, si possono avere dopo l'introduzione endovenosa di vaccino anche a dosi piccole 1/1000 di ansa) delle reazioni febbrili, che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, è difficile indagare nella loro essenza, ma che potrebbero essere considerate aspecifiche o comunque in rapporto a particolari condizioni di reattività individuale dei soggetti stessi, forse anche legate ad uno stato di allergia aspecifica. E pertanto ai fini di una tesi a sostegno della specificità della reazione al vaccino melitense da parte dei soggetti malati di melitense, più che considerare la maggiore o minore frequenza degli accessi febbrili vaccinali, che, come si disse, si possono osservare anche in soggetti non melitensi, secondo noi potrebbe valere di più lo studio comparativo delle reazioni biologiche che avvengono nei soggetti malati e non malati in conseguenza della introduzione del vaccino. Le nostre indagini per ora furono rivolte allo studio comparativo delle curve febbrili della reazione vaccinale, le quali avrebbero, secondo le nostre osservazioni, una intensità e durata diversa a seconda che si tratta di un soggetto che alberga o meno l'infezione melitense.

Ci riesce difficile una esatta valutazione di questi fatti, che riferiamo, se non altro, perchè portino un contributo alla conoscenza dei fenomeni biologici che la vaccinazione produce nell'uomo.

Ad ogni modo in attesa che si raggiunga mercè l'opera nostra e di altri una maggiore e più precisa conoscenza circa il fenomeno specificità di azione del vaccino antimelitense, noi riteniamo per il momento che almeno una parte dell'effetto prodotto dai vaccini batterici può essere considerata come specifica: importa poi stabilire se accanto a questo effetto specifico si debba ammettere, per i vaccini batterici, anche un'azione aspecifica.

Ad ogni modo, ammesso l'intervento di una componente specifica, sia pure parziale, nel meccanismo d'azione della vaccinoterapia, è necessario per interpretare il determinismo della guarigione, affrontare la essenza del meccanismo d'azione stesso.

Il concetto dominante che la vaccinazione agisca come terapia di stimolo, capace di eccitare i poteri naturali di difesa di cui dispone l'organismo, provocando perciò rinvigorimento dei processi immunitari, con un aumento degli anticorpi (batteriolisine, batteriotropine, agglutinine, precipitine, ecc.) è oggi stato abbandonato da molti autori, i quali pensano che l'azione curativa del vaccino deve svolgersi con un meccanismo

un po' diverso da quello fino a qualche anno fa attribuitole.

Si è poi messo in dubbio la natura immunitaria nel senso stretto della parola del meccanismo d'azione della vaccinoterapia, che si è cercato di indagare sotto altri punti di vista, pur rimanendo sempre nel campo immunologico in senso lato, intravvedendo in essa elementi per farla rientrare nella categoria dei fenomeni allergici. Si pensa cioè che le manifestazioni locali e generali più o meno marcate, determinate dalla introduzione del vaccino, sarebbero, secondo le idee odierne, dovute allo stato di allergia che l'organismo ha acquisito nel corso dell'infezione stessa, a uno stato cioè di ipersensibilità rispetto all'antigene batterico omologo.

La vaccinoterapia agirebbe pertanto con un meccanismo di desensibilizzazione nell'organismo in istato allergico. Il modo migliore per ottenere questa desensibilizzazione artificiale e quindi la guarigione della malattia, sarebbe quello di servirsi della vaccinazione specifica per via endovenosa. Per quanto si possano porre alcune riserve, come giustamente fa osservare il Micheli, sull'argomento dell'allergia infettiva, in quanto se è vero che nelle più varie infezioni si può dimostrare in varia misura una componente allergica, non si possono però ascrivere all'allergia tutti i fenomeni morbosi etiologicamente e fisiopatologicamente oscuri, ciò non di meno il concetto della ipersensibilità allergica infettiva potrebbe chiarire il fenomeno guarigione della vaccinoterapia.

Ammesso pertanto che il meccanismo d'azione della vaccinoterapia risieda nella azione desensibilizzazione del vaccino stesso, la desensibilizzazione a mezzo del vaccino diventa una questione di dose in quanto si tratta di trovare la dose utile desensibilizzante, poichè, come fa osservare Zironi, piccole dosi ripetute stimolano ma non estinguono la ipersensibilità. Naturalmente, oltre che questione di dose, deve essere anche questione di grado di sensibilizzazione dell'organismo. Perciò l'effetto terapeutico della vaccinazione non si otterrebbe se non quando e nella dose in cui l'inoculazione del vaccino determina una forte reazione generale, dovuta allo stato di allergia, ossia di intolleranza acquisita nel corso dell'infezione rispetto all'antigene batterico omologo.

Sulla base di queste cognizioni dottrinali troverebbe pertanto appoggio il concetto delle cosiddette *reazioni utili*, su cui ha insistito Di Guglielmo, ossia *reazioni efficaci* dovute a una determinata dose di vaccino, le quali darebbero diminuzione della sensibilità con contemporaneo esaltamento delle difese immunitarie: in altri termini, la guarigione del processo infettivo.

Alle *iniezioni efficaci*, ossia quelle che provocano una notevole reazione febbrile, si arriva nei singoli casi mediante *iniezioni di prova*, fatte allo scopo di saggiare la reattività individuale, ma inefficace agli effetti della cura.

L'introduzione del vaccino specifico nell'organismo di un soggetto malato di infezione melitococcica dà origine, a seconda della via di introduzione e a seconda della dose, ad un complesso di fenomeni locali e generali alcuni dei quali vanno interpretati quali espressioni dell'immunità, altri come semplici fatti aspecifici, determinati dalla somministrazione di proteine eterogenee. Fa i fenomeni generali ha particolare valore, perchè considerato come elemento indispensabile per l'azione terapeutica del vaccino, la febbre: volerne dare una esatta interpretazione ci riesce ora difficile, forse anche impossibile allo stato attuale delle nostre cognizioni, poichè il problema porterebbe a considerare l'essenza di due questioni fra le più ardue che sieno offerte dalla patologia e il cui meccanismo e significato non sono ancora chiariti: il fenomeno della febbre da un lato e quello dell'immunità dall'altro.

Circa gli altri fenomeni generali determinati dalla introduzione endovenosa di vaccino antimelitense nei malati di brucellosi, manca un preciso e completo studio.

La scuola di Di Guglielmo a Catania ha fatto in proposito alcune ricerche, in parte ultimate, in parte ancora in corso di esecuzione, che si riferiscono alle modificazioni che avvengono in corso di vaccinoterapia endovenosa.

Gli studi vertono sul ricambio azotato e degli acidi organici, sui prodotti di disintegrazione proteica, sui fosfati, sui fermenti leucocitari, sul valore fagocitario, sull'indice opsonico, sul potere agglutinante, sull'equilibrio acido basico, ecc.

Di tali indagini attendiamo i risultati, che certo saranno interessanti, sperando che possano portare un contributo per una più precisa conoscenza del fenomeno.

Circa le modificazioni della crasi sanguigna in corso di vaccinoterapia antimelitense, ricorderemo alcune nostre recenti ricerche sulle variazioni del numero dei globuli bianchi e della formula leucocitaria.

Dal complesso dei nostri dati possiamo per ora dire che non ostante le lievi oscillazioni del numero dei leucociti che si verificano durante la reazione vaccinale, la leucopenia che caratterizza l'infezione melitense è costante e si mantiene anche durante i violenti accessi febbrili determinati dal vaccino. Per ciò che riguarda le modificazioni qualitative dei globuli bianchi dalle nostre indagini risulta che la formula leucocitaria non presenta grandi spostamenti durante l'accesso vaccinale: il lieve aumento dei neutrofili (80 %) mentre diminuirebbero un po' i linfociti (18 %), invertendo così la caratteristica della formula prima della vaccinazione, rappresentata da linfocitosi relativa (50-55 % linfociti) e da neutropenia (30-35 % neutrofili).

Non abbiamo osservato nessuna modificazione del numero dei monociti, degli eosinofili e dei basofili.

Ammesso, dopo quanto abbiamo detto, che la guarigione della infezione brucellare mediante la vaccinoterapia avvenga come conseguenza di uno *shock* di natura specifica, ci si domanda come e quando devono essere provocati questi fenomeni che caratterizzano quello che può chiamarsi l'accesso vaccinale. E le modalità della tecnica vaccinoterapica non sono di poco conto, in quanto se questo metodo di cura è andato e va tuttora incontro ad insuccessi, questi spesse volte dipendono dal fatto che la cura non è stata razionalmente ben condotta.

E per la infezione brucellare, come del resto per qualsiasi malattia infettiva che si voglia troncare mediante la vaccinazione, la tecnica della sua applicazione in rapporto alla scelta del preparato, le dosi, il numero e la frequenza delle iniezioni, la via di introduzione del vaccino, l'epoca dell'intervento, ecc., hanno la più grande importanza agli effetti della cura.

Circa il momento in cui si deve intervenire, per la infezione da melitense non esistono delle particolari preferenze, poichè se anche qui è buona cosa intervenire all'inizio della infezione, la stessa possibilità di successo si può ottenere anche quando la malattia risale già a qualche settimana o a qualche mese.

Quanto ai pericoli inerenti alla iniezione endovenosa o meglio alla reazione vaccinale, essa, se viene applicata con giusto criterio e con le dovute norme, non presenta pericoli di sorta e non trova particolari limitazioni in rapporto allo studio e alla forma clinica della malattia. L'esperienza nostra ormai lunga, quella del prof. Di Guglielmo, quella del prof. Veratti, che con tanta passione e competenza segue questo genere di terapia, quella di Bianchi, esercitatasi in questi anni su larga scala per la favorevole circostanza di essere a capo di Laboratorio Batteriologico della Provincia di Pavia, quella infine di numerosi altri colleghi, che qui non possiamo tutti nominare, che hanno avuto modo di praticare in Italia e all'estero la vaccinoterapia endovenosa, ci permette di affermare questo metodo della vaccinoterapia endovenosa, tanto più quando gli altri metodi si sono dimostrati sicuramente inferiori sì da screditare a torto la vaccinoterapia in genere.

Un altro quesito che si presenta in pratica è quello che si riferisce ai rapporti fra vaccino e *shock* specifico, in quanto ci si chiede se, come linea di principio, è necessario raggiungere immediatamente colla prima iniezione mediante il suo effetto reattivo lo *shock* specifico, oppure se è meglio saggiare prima il soggetto.

Qui i pareri sono discordi: alcuni vorrebbero provocare l'effetto reattivo già fin dalla prima iniezione; difatti qualche Autore presenta casi in cui si ebbe una brusca guarigione subito dopo una sola iniezione. Noi preferiamo seguire il consiglio che già aveva dato Bianchi che è quello di incominciare prima a dosi basse (0,5/1000 di ansa normale; 1/1000 di ansa, ecc.) aumentandole poi gradatamente per gradi (2/1000, 3/1000, 5/1000, 1/100 di ansa) fino a raggiungere quella sufficiente a dare una reazione della intensità voluta.

Le iniezioni devono essere praticate a distanza di tre o quattro giorni l'una dall'altra in principio della cura, in seguito la distanza deve essere di 6-7 giorni, regolandosi sull'andamento della temperatura, che dovrà essere seguita con particolare attenzione. Per la successione delle dosi progressive forse meglio di uno schema vale la regola di tenere come criterio generale la valutazione attenta delle modalità con le quali si è svolta la reazione precedente e dell'effetto da essa prodotta; su questo complesso di dati conviene fissare, come suggerisce Bianchi, la dose successiva così da aversi una reazione egualmente vivace. In genere con due o tre iniezioni seguite da buona reazione (*iniezioni efficaci* di Di Guglielmo) si ottiene uno sfebbramento completo che perdura indefinitamente: però Bianchi, Di Guglielmo e noi stessi consigliamo di non tralasciare la cura subito dopo i primi effetti, in quanto anche a sfebbramento avvenuto, conviene praticare almeno altre due iniezioni a distanza di 7-8 giorni l'una dall'altra per essere più sicuri di evitare le recidive, le quali, come è noto, possono intervenire anche nel corso della cura. Nei nostri casi abbiamo poi anche osservato che durante il trattamento vaccinico i malati incominciano a notare un senso spiccato di miglioramento anche prima che sia avvenuto lo sfebbramento definitivo.

Durante l'accesso vaccinale non è necessario apprestare al malato speciale assistenza: solo gli si appresteranno quelle piccole cure sintomatiche che sono del caso (ghiaccio sulla testa e qualche cardiotonico).

Un altro quesito che occorre risolvere in pratica è quello che riguarda il momento più opportuno per intervenire, in quanto di fronte ad un malato di melitense ci si chiede se si deve iniziare la vaccinoterapia endovenosa anche quando c'è la febbre, oppure se conviene aspettare che la malattia entri in un periodo di sfebbramento.

Naturalmente è meglio che l'ammalato si trovi in istato di completa apiressia, nel periodo cioè intervallare tra un attacco e l'altro della malattia, oppure in istato subfebbrile (fra 37° e 38°), però la vaccinoterapia può benissimo essere iniziata, secondo le modalità sopraricordate, anche in malati che trovandosi nel pieno decorso di un attacco di febbre ondulante presentino temperatura continua o remittente elevata.

Per quanto riguarda la preparazione dei vaccini da impiegarsi, noi in Clinica abbiamo sempre usato un vaccino preparato da Bianchi, dietro indicazione e controllo del prof. Veratti, secondo il metodo di Pfeiffer e Kolle, costituito semplicemente da una emulsione di germi in soluzione fisiologica al 0,85 % fenicata al 0,5 % raccolti da una patina di 24-36 ore di sviluppo su agar, o su agar-sangue o su agar-fegato e uccisi mediante il riscaldamento in bagno maria per un'ora a 56°-60°.

La diluizione del vaccino viene fatta in questo modo: da una sospensione madre contenente un'ansata di questi germi (ansa calibrata normale = 2 miliardi di germi) si preparano sospensioni diluite di 10 in 10 volte in soluzione fisiologica fenicata in modo da avere fiale contenenti rispettivamente per cmc. 1]10, 1/100, 1/1000 di ansa.

Il vaccino viene conservato in ghiacciaia e rinnovato dopo alcune settimane.

Se con l'emocultura, o eventualmente con la coltura del succo splenico, si riesce ad isolare il germe dal malato, si allestisce con questo l'autovaccino che, come abbiamo detto, è quanto di meglio si possa desiderare per la vaccinoterapia specifica della melitense.

## LA TERAPIA VACCINICA ANTITIFICA.

Prof. G. PELLEGRINI.

Il metodo della vaccinoterapia antitifica, sorto per la riconosciuta inefficacia della sieroterapia. è stato largamente applicato in questi ultimi vent'anni. Si è così venuta formando una ingente massa di dati e di nozioni ed il concetto della vaccinoterapia antitifica si è andata profondamente modificando.

I vaccini antitifici sono stati somministrati per via sottocutanea o per via intramuscolare, per via endovenosa, per via orale, eccezionalmente per altre vie (per la trachea, per il retto). I risultati ottenuti si presentano diversi secondo il tipo, secondo la dose e l'attività, variando inoltre profondamente secondo la fase della malattia. Con l'iniezione intramuscolare si provoca per lo più

una reazione generale (brivido, febbre) ed una reazione locale (tumefazione, dolore, ecc.).

Il trattamento vaccinoterapico antitifico per iniezioni endovenose è stato usato su larga scala per la prima volta da Ichikawa; questo A. comunicava brillanti risultati ottenuti con tale sistema nel 1914, insistendo e sostenendo che, se fino allora non si erano ottenuti reperti altrattanto brillanti, lo si doveva al fatto che non si erano praticate iniezioni endovenose, ma solo intramuscolari e sottocutanee, e con dosi di vaccino insufficienti. Con questo tipo di vaccinazione si ha nei casi più favorevoli brivido intenso subito dopo l'iniezione, aumento fino e oltre 40° e poi diminuzione della temperatura fino alla norma e al di sotto di essa; con lo stabilirsi di una temperatura normale si ha contemporaneamente la guarigione clinica della malattia. Per lo più si hanno recidive a distanza di uno o di pochi giorni, o sfebbramento incompleto, ma sono semre influenzate dal vaccino e basta per lo più ripeterne la iniezione per una o due volte per ottenere la guarigione definitiva.

L'insieme di questi reperti dimostra la possibilità di ottenere con la vaccinoterapia antitifica per iniezioni endovenose guarigioni con grande rapidità: vere guarigoni abortive; in circa la metà dei casi la malattia viene abbreviata e l'attenuazione dei fenomeni morbosi è tanto più rapida quanto più sono risultate intense le reazioni. Anche usando dosi medie o piccole di vaccino si ha spesso la comparsa anticipata della fase anfibolica con ampie oscillazioni termiche; usando dosi forti si può ottenere anche con una sola iniezione la guarigione rapida della malattia per crisi.

A vero dire non pare che il metodo abortivo con dosi forti, per iniezione endovenosa dopo una sola o tutto al più due iniezioni di vaccino, sia scevra di pericoli. Malgrado l'ottimismo di molti AA. (Ichikawa, Karoy, Gay, ecc.) che affermano che il metodo non comporta inconvenienti, non si può non tener conto dei quattro casi dove Gay osservò, dopo il vaccino, uno stato allarmante, e degli accidenti, notati da Moutè, che ebbe il collasso, perforazione intestinale (con dosi di soli 75 milioni). Il confronto di tutti i dati e delle osservazioni di numerosi AA. permette di formulare l'osservazione che anche iniettando dosi molto deboli di vaccino, incapaci di provocare reazioni generali troppo forti, i risultati sono già evidenti ed utili, mentre iniettando dosi più considerevoli, in modo da ottenere reazioni locali o generali particolarmente violente, si ottiene un effetto terapeutico, importante, in certo senso proporzionale alla intensità degli accidenti provocati, ma spesso non scevro di pericoli.

Il problema del meccanismo di azione della vaccinoterapia coinvolge il problema generale della fisiopatologia del tifo dal punto di vista batteriologico.

La cognizione fisiopatologica della malattia Eberthiana è dominata da alcuni fatti fondamentali e le deduzioni, che si possono trarre da essi, sono di particolare interesse per interpretare il fenomeno della guarigione spontanea e il modo di interferire del vaccino sul decorso del morbo.

Il meccanismo di azione della vaccinoterapia antitifica va considerato nel quadro della difesa antibatterica. L'azione dei vaccini nel tifo non può rappresentare che un mezzo di azione che si incastra, per così dire, nel meccanismo fisiopatologico dell'infezione, modificando, eccitando, inibendo alcuni fattori della difesa istioide immunitaria.

Il complesso di quanto è attualmente noto nei riguardi dell'immunità acquisita antitifica e le nozioni attuali per quanto concerne la fisiopatologia della malattia ed i momenti a cui pare di dover attribuire il fenomeno della guarigione spontanea, fanno credere che l'azione terapeutica della vaccinazione sia legata ad azioni che influenzano la difesa istioide antibatterica e antitossinica.

E precisamente va valutato, se e in che modo l'iniezione di vaccino antitifico durante la malattia modifica la sensibilità del tifoso verso l'antigene stesso. È già ben noto che con la vaccinazione profilattica si provocano modificazioni della reattività allergica, dimostrabile con l'intradermoreazione e consistente in un aumento notevole di essa.

Ora se si pratica in un tifoso l'intradermoreazione con l'antigene tifico, si ottiene una papula di reazione che presenta certi caratteri di estensione, di durata, di infiltrazione: compare dopo una o due ore, aumenta fino alla 18ª-24ª ora, periodo in cui raggiunge il massimo. Se si ripete la intradermoreazione in altra regione cutanea corrispondente, contemporaneamente alla iniezione di antigene tifico intravena in modo che il tempo di sviluppo della papula reattiva si svolga contemporaneamente alla reazione vaccinica (ipertermia), si osserva quasi costantemente il formarsi di una papula reattiva più precoce e molto più intensa per estensione, per grado di infiltrazione, per durata. Ripetendo una terza volta la cutireazione, dopo la reazione generale vaccinica, si ottiene sempre una papula reattiva molto intensa e spiccata, tale in altri termini da dimostrare una forte allergizzazione dell'organismo, ma che, rispetto a quella precedente la vaccinazione ed ancor più rispetto a quella praticata contemporaneamente, si presenta essa in misura spiccatamente meno intensa e meno estesa.

La reazione generale, vaccinica si svolge tipicamente in due fasi; in una prima fase si ha aumento della temperatura, in una seconda fase la temperatura si abbassa al livello precedente e più spesso anche al di sotto di esso. Ora la cutireazione, indice dello stato di sensibilizzazione allergica dell'organismo, presenta un aumento cospicuo contemporaneamente alla prima fase, una riduzione pure molto spiccata dopo l'intera reazione vaccinica.

Per chiarire quel che riguarda l'azione della vaccinoterapia sullo stato di allergia nel decorso complessivo della malattia, si è praticata l'intradermoreazione durante il decorso, in casi guariti spontaneamente e in casi che durante il decorso della malattia hanno subito la vaccinoterapia. Nei casi non vaccinati, la cutireazione si presenta già bene evidente nei primi giorni e permane molto intensa, pur presentando una lieve riduzione durante l'acme e una leggera riacutizzazione durante il periodo anfibolico, verso la malattia stessa e durante la convalescenza, una modica ma evidente attenuazione. Nei casi in cui venne iniettato il vaccino durante la malattia in quantità e in modo da ottenere lo sfebbramento, si potè osservare che l'intensità, l'ampiezza e la durata della cutireazione, a guarigione avvenuta, era evidentemente molto ridotta in qualche caso, ma presentandosi invece nella maggioranza dei casi evidentemente più intensa del normale.

Tale attenuazione risulta evidente e spiccata, specialmente in quei casi in cui inizialmente la cutireazione si presenta molto intensificata con la vaccinazione. La cutireazione quindi presenta dopo vaccinazione modificazioni interpretabili come l'espressione di una diminuita ipersensibilità allergica. Inoltre il guarito di tifo spontaneamente è sempre ipersensibilizzato, mentre il guarito con vaccino, invece, è per lo più ipersensibilizzato, ma può anche desensibilizzarsi.

Complessivamente il modo di azione del vaccino, anche in base a tale criterio, si presenta caratterizzato da un'azione bifasica: in un primo tempo aumenta il grado di ipersensibilità allergica, in un secondo tempo questo viene ridotto più o meno notevolmente, fino ad arrivare, in casi particolarmente favorevoli, ad una desensibilizzazione completa.

L'azione terapeutica del vaccino è così una terapia a carattere di stimolo; non può essere considerata una terapia antibatterica in senso rigoroso e l'effetto terapeutico presuppone una partecipazione fondamentale da parte dell'organismo stesso, che deve reagire in un dato senso allo stimolo rappresentato dall'antigene.

Dato un tale meccanismo si possono facilmente interpretare diversi fatti che risultano sicuri dall'osservazione empirica della pratica vaccinoterapica. È di fatti evidente che il metodo darà i massimi risultati nelle fasi iniziali, cioè nel periodo che si è indicato come periodo prevalentemente batterico e preallergico, mentre darà risultati poco evidenti nella fase tossica di acme, fase essenzialmente tossica. Appare perciò anche naturale e perfettamente conseguente che la vaccinoterapia non esercita alcuna azione nelle forme ipertossiche-adinamiche. Per questi stessi fatti, lo sfebramento per crisi dopo vaccinazione massiva sarà relativamente facile nel periodo di incremento ed ancora sarà possibile al principio della fase di acme, mentre diventerà eccezionale, se non impossibile, nel periodo di acme conclamata. La reazione generale, attraverso la quale si ha l'azione terapeutica, mette certamente a dura prova la capacità di resistenza di tutto l'organismo, specialmente del cuore: indicata nelle prime fasi, la vaccinoterapia massiva diventerà consigliabile nel periodo di acme e successivamente, poichè *a priori* è evidente che può essere pericoloso correre l'alea di uno *choc* vaccinico potente in un organismo già debilitato o intossicato profondamente.

Riassumendo i dati fondamentali che si sono venuti chiarificandosi nella presente trattazione, si possono stabilire alcuni punti.

Non pare che si debbano fare distinzioni sostanziali fra i diversi tipi di vaccini: sono in fondo poco numerosi quelli che non godono una buona stampa. Gli insuccessi lamentati per alcuni di essi dipendono con ogni probabilità da inesattezza di posologia o dall'essere stati applicati in casi dove forse l'applicazione non risultava perfettamente indicata. Naturalmente la posologia varia per i diversi tipi e per le diverse preparazioni, in rapporto con l'efficacia che è profondamente diversa, ma con tali limitazioni di ordine tecnico gli effetti si equivalgono. E ciò è perfettamente conseguente con il fatto che l'azione terapeutica dipende dall'efficacia del vaccino come antigene. In quest'ultima definizione è contenuta anche la giustificazione della vaccinoterapia aspecifica.

Le indicazioni, le limitazioni e le controindicazioni della terapia vaccinica nei singoli casi, vanno valutate in funzione del modo d'azione del vaccino stesso. Con una formula: andrà praticata la vaccinazione tutte le volte che sarà utile un aumento della sensibilizzazione allergica e non andrà praticata tutte le volte che un aumento dell'ipersensibilizzazione e delle reattività sarà inutile o pericoloso. Per quel che riguarda il decorso sarà utilissima inizialmente nel periodo di incremento, sarà poco utile durante l'acme, sarà pericolosa e nettamente controindicata durante il periodo anfibolico; potrà essere invece utilissima in complicazioni più o meno lontane (osteiti, colecisti, neuriti, ecc.). Riguardo la figura clinica della forma, la vaccinoterapia sarà indicata nella maggioranza delle forme lievi eccetto nelle forme gravi ipertossico-adinamiche. Saranno inoltre controindicazioni l'esistenza di lesioni gravi di apparati importanti, la miocardite tifica, il nefrotifo, il pneumotifo, cioè quelle condizioni particolari di apparati importanti, le cui condizioni patologiche rappresentano una minorazione grave per l'organismo, mettendolo in condizioni di mal sopportare lo *chock* vaccinico. Si noti però che tali complicazioni non rappresentano una controindicazione assoluta in quanto non va escluso che, praticando vaccinazioni deboli e dosi ridotte, si possono ottenere dal metodo evidenti vantaggi. La terapia vaccinica in quanto mette sia pure temporaneamente a dura prova il sistema cardiocircolatorio, potrà ritrarre grandi vantaggi da una contemporanea somministrazione di strofanto e di adrenalina o di succedanei.

Nel campo specifico della posologia vaccinica non pare necessario nè utile seguire il concetto e la pratica delle dosi massive intese ad ottenere la cosiddetta terapia abortiva della malattia, tanto più che anche con dosi molto alte questa non è affatto sicura: è preferibile incominciare con dosi piccole e anche minime aumentandole successivamente più o meno rapidamente. Si evita così il pericolo di collasso che può chiudere tragicamente una vaccinazione troppo intensa. E come si è già accennato, non è possibile dare un criterio posologico rigido date le enormi differenze di attività delle singole preparazioni vacciniche. Valga come formula il concetto di saggiare inizialmente la efficacia delle reazioni e di ottenere in seguito le reazioni massime (aumento di uno o due gradi di temperatura) con la dose minima efficace. La vaccinoterapia antitifica è una terapia di grande efficacia, ma di delicata applicazione, di responsabilità.

## LA VACCINOTERAPIA DELLE INFEZIONI DA PIOGENI E DELLE ARTROPATIE.

Prof. A. FIESCHI.

Premettendo che la maggior parte delle infezioni localizzate da piogeni è di stretta competenza chirurgica, e che il trattamento terapeutico può giovarsi della pratica vaccinale in qualsiasi casi, e soprattutto in quelle forme a focolai multipli con tendenza recidivante come la foruncolosi, il problema nel campo medico è limitato essenzialmente alle setticemie, anche in quei casi dove utilmente viene richiesta la collaborazione del chirurgo. Ed è in vista soprattutto di questi ultimi casi con localizzazioni suppurative, primitive o metastatiche (per lo più ascessi, flemmoni,

artriti, flebiti) che si renderebbe necessaria una chiara definizione del concetto di sepsi, che per ora, più che al dato di laboratorio (emocultura), chiede conferma alla valutazione clinica del singolo caso.

In questo campo è necessario distinguere le forme acutissime ipertossiche, per lo più senza focolai metastatici, dove il problema terapeutico, in mancanza di mezzi chimici di sterilizzazione massiva, è un problema di immuno-terapia passiva.

Nel campo delle sepsi ad andamento cronico o subacuto, non solo streptococciche ma anche stafilococciche, si trova invece la tipica indicazione della terapia vaccinica, e sono stati registrati numerosi successi. Lo stesso si deve dire anche delle setticemie puerperali, dove accanto alle forme iperacute non è raro trovare forme a decorso meno rapido e grave, sostenute per lo più da focolai flebitici non aggredibili chirurgicamente (che danno secondo Schottmüller una mortalità del 95 %) e da linfangiti del parametrio di prognosi meno grave. È però necessario per poter prevedere possibilità di successo avere un margine di tempo sufficiente, perchè le doti utili di vaccino nel campo dei piogeni sono quantità assai elevate, che non si possono raggiungere se non progressivamente.

Fra le diverse vie di introduzione del vaccino solo la via endovenosa può venir presa in considerazione quando si tratta di sepsi, mentre si darà la preferenza all'introduzione sottocutanea nel caso delle più svariate infezioni croniche localizzate.

All'introduzione per via intravenosa è però inevitabilmente collegata, a dosi sufficienti, un'azione di *choc* che per le sue caratteristiche non ha nulla di specifico, e sebbene non si possa porre in dubbio l'azione favorevole della *choc-terapia* di per sè come terapia di stimolo, ed un confronto diretto fra terapie specifiche ed aspecifiche non sia mai stato fatto con attendibilità di risultati, è sempre preferibile agire con antigeni specifici nel senso più stretto, e cioè mediante gli autovaccini.

È necessario insistere sul fatto che nel campo delle infezioni da piogeni il dosaggio dei vaccini per riuscire efficace deve essere elevato, per superare facili resistenze, intuitive quando si pensi all'abituale dosaggio dei vaccini di uso più comune, quali il vaccino antitifico e il vaccino antibrucellare per introduzione endovenosa.

Nel campo delle endocarditi settiche i risultati sono stati meno buoni; accanto alle endocarditi acute comuni in genere rapidamente letali, anche l'endocardite lenta non è mai stata favorevolmente influenzata dall'uso del vaccino, malgrado alcune recenti affezioni contrarie.

Si deve particolarmente insistere sul fatto che la terapia vaccinica non esaurisce per le sepsi il problema terapeutico, multiforme e di grande responsabilità soprattutto quando si pratichino terapie violente come nel caso del vaccino. Non si deve escludere perciò l'uso dei sieri, delle trasfusioni e delle immuno-trasfusioni, accanto a tutte le terapia generiche. Il vaccino sarà tanto più efficace quanto migliori sono le condizioni del paziente.

La premessa per un tentativo vaccinale in queste malattie consiste in un presupposto etiologico lungi ancora dall'essere accertato; malgrado queste riserve è doveroso farne cenno perchè la vaccinoterapia, usata da oltre un trentennio, è da alcuni molto lodata e comunque ha saputo imporsi all'attenzione generale.

La vaccinoterapia in questi casi può avere uno scopo antibatterico, quando si considerino queste forme come infezioni generalizzate, o uno scopo desensibilizzante, quando si voglia aderire alle dottrine allergico-infettive. Nessuna però di queste dottrine poggia su basi solide, e mentre il rinvenimento di germi è reperto oltremodo contrastato, anche per ricerche personali riuscite negative, l'interpretazione delle indagini riuscite positive deve essere molto riservata; anche la dimostrazione di una ipersensibilità specifica non è riuscita, sebbene i reumatici siano ascritti in genere fra i malati più spiccatamente reattivi.

Fra i numerosi agenti patogeni indicati come presunto agente eziologico hanno la maggior importanza gli streptococchi o germi assai affini ad essi nei più moderni concetti classificativi. Non si deve però dimenticare che recentemente qualche A. rimette in onore gli stafilococcchi, come non è nuovo l'uso di vaccini misti. Per tale discordanza non solo sull'eziologia ma anche sulla patogenesi, la scelta del vaccino non può che corrispondere ad idee preconcette o a un criterio empirico: affidarsi cioè al germe dominante negli eventuali foci infetti.

Nel campo delle artropatie croniche primarie ad andamento infettivo si hanno opinioni assai contrastanti; in genere gli AA. danno la massima importanza alla ablazione di foci settici, e il valore del vaccino appare dubbio anche ad alcuni fra i più strenui sostenitori della dottrina focale.

In vari casi personali l'azione del vaccino è stata così scarsa da non poter essere presa in considerazione come terapia specifica, però forse interviene a determinare anche reazioni di focolaio che a lungo andare favoriscono i processi di guarigione e in questo senso può essere considerata di una certa utilità.

Come giudizio complessivo si può essere abbastanza favorevoli, considerando il vaccino come un mezzo non trascurabile nel campo del vasto armamentario aspecifico; è particolarmente consigliabile ove esistano foci settici che possono essere favorevolmente influenzati da questa terapia.

*(Continua).*

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## DALLA PRATICA CORRENTE.

Dispensario Antitubercolare di Ciriè

### Un nuovo caso di urto toraco-polmonare in pneumotorace terapeutico.

Dott. Giovanni Mussa, direttore.

Nel febbraio 1928, Rist ed Hirschberg presentavano alla Società di Medicina di Parigi, quattro soggetti portatori di pneumotorace terapeutico nei quali avevano rilevato un fenomeno mai descritto fino allora. Si trattava di una sensazione di urto prodotto dal moncone di polmone collassato contro la parete toracica, urto che veniva percepito dalla mano applicata contro il torace. Tale fenomeno veniva definito « ballottamento polmonare ».

Successivamente Trepiccioni presentava nel luglio 1930 alla R. Accademia di Roma, un individuo in cui era nettamente rilevabile detto « urto violento secco, come quello prodotto da una massa dura..., sensazione di urto precisa, inconfondibile, per nulla simile a fluttuazioni e a qualsiasi altro genere di rumori, battiti o scatti più o meno curiosi e singolari». Il corpo, che era causa del fenomeno, veniva dal Trepiccioni identificato nel « moncone di polmone indurito e ristretto, e nel cuore tra loro intimamente aderenti e solidali ».

Un altro caso veniva descritto nel gennaio 1933 dal Fritzsche dell'Istituto B. Mussolini di Roma; ma a differenza del caso di Trepiccioni, il fenomeno era rilevabile a destra e non a sinistra; e veniva quindi a contraddire l'asserto che l'urto fosse dovuto ad aderenza del cuore col moncone di polmone collassato.

Un ultimo caso veniva descritto dal Guizzardi nel dicembre 1933.

Dall'esame dei singoli casi risulta evidente come sia necessario che il portatore di pneumotorace presenti caratteri speciali tali che possano permettere il prodursi del fenomeno; e precisamente:

1) abito costituzionale lungilineo microsplancnico;

2) rigidità del mediastino;

3) mancanza di aderenze pleuriche, e mancanza o modico versamento pleurico;

4) pressione endotoracica entro determinati limiti di massima e minima.

Rist e Hihschberg e Trepiccioni hanno osservato il fenomeno a sinistra e invocano come causa al prodursi dello stesso una stretta adesione cardio-polmonare; in quanto che il blocco formatosi verrebbe in determinate condizioni a battere contro la parete toracica.

Successivamente invece Fritzsche, Guizzardi ed io stesso abbiamo osservato il fenomeno a destra, di modo che l'adesione cardio-polmonare non può essere invocata come causa determinante e necessaria.

Descriverò brevemente il caso occorso alla mia osservazione.

F. E. Padre vivente e sano; madre morta in seguito ad atto operativo. Due sorelle sono poi ammalate in seguito di tbc. polmonare. Ha 20 anni ed è stata occupata come infermiera in una clinica privata fino al novembre 1929. Sofferse spagnola nel 1918. Nel novembre 1929 improvvisamente emottisi di non grande entità, cessata dopo qualche giorno in seguito alle solite cure. Da allora però accusa dolori alla spalla destra, rialzi termici serotini, tosse con emissione di discreta quantità di catarro, astenia. Si presenta a visita di accertamento diagnostico al nostro Dispensario, inviata alla C. N. A. S. il 25-7-1930.

All'esame obbiettivo si nota: costituzione scheletrica regolare, pannicolo adiposo discreto, colorito della cute e mucose roseo, masse muscolari toniche. Statura m. 1,67; peso Kg. 62,5; t. 37°,3; P. 96; R. 25.

All'ispezione si rileva in corrispondenza dell'apofisi spinosa della settima vertebra cervicale evidente e marcata rete venosa sulla cute. Cuore leggermente aumentato nel suo diametro trasversale, con toni profondi e un po' scuri. L'apice destro è abbassato. Ipofonesi nella fossa sopraspinosa destra. All'ascoltazione rantoli a piccole bolle e crepiti pleurici nella fossa sopraspinosa destra, e rantoli a medie e grosse bolle diffusi su tutto l'ambito polmonare. Esame radioscopico: apice destro scuro, poco mobile; ili marcati specie a destra, e diminuzione di trasparenza in toto del campo polmonare. Escreato abbondante, mucopurulento con presenza di numerosi bacilli di Koch. L'a. viene ricoverata nell'Ospedale N. S. del Rosario; e nei primi due mesi ottiene notevole miglioramento dello stato generale, e vanno gradatamente scomparendo i fenomeni bronchiali diffusi, mentre si mantiene invariata la lesione al lobo superiore destro. Il giorno 7 ottobre l'a. presenta emottisi discreta. Le emottisi si ripetono in seguito ad intervalli più o meno lunghi.

L'esame clinico e radiologico fanno rilevare come la lesione al lobo destro vada progressivamente aumentando: all'ascoltazione si odono rantoli crepitanti a piccole e medie bolle nella fossa sopraspinosa e nella sopra- e sottoclaveare; la diminuzione di trasparenza si estende a tutto il lobo superiore. Pur tuttavia le condizioni generali dell'a. vanno migliorando e si ha un aumento di peso da Kg. 62,5 a Kg. 70. Ai primi di febbraio l'esame radiologico mette in evidenza al lobo superiore destro una caverna della grandezza di una noce. Si inizia pneumotorace terapeutico che procede bene, di modo che si ottiene in breve tempo collasso completo del polmone con scomparsa della febbre, diminuzione notevole del catarro, e nel luglio scomparsa del bacillo di Koch dall'espettorato.

L'a. viene dimessa ai primi di agosto e assunta in cura ambulatoria dal Dispensario.

La cura ambulatoria procede bene senza inconvenienti, e con stato generale soddisfacente fino al gennaio 1932, quando l'a. accusa una sensazione speciale mai sentita prima di allora. Riferisce che due giorni dopo il rifornimento di gas ha come la sensazione di un corpo estraneo che batta contro la parete toracica anteriore quando si piega in avanti. Tale sensazione dura tutto il periodo che intercede fino al nuovo rifornimento. Tale urto è percepito in modo ben distinto dalla mano applicata a piatto sulla parete toracica anteriore; ed è pur percepita posteriormente facendo compiere all'a. movimenti passivi di flessione all'indietro. L'esame radioscopico mette in evidenza: polmone compresso in alto verso l'ilo e dà l'impressione di un corpo rotondeggiante appeso per la sua parte superiore, e come sospeso nel vuoto. Non è stato possibile fare la radiografia perchè l'Istituto mancava di apparecchio adatto. Il fenomeno che non cagionava soverchia molestia all'ammalata è durato un paio di mesi e poi è scomparso per l'insorgere di un versamento pleurico.

Dalla storia della mia a. risulta in modo evidente come sia necessaria una determinata pressione endopleurica perchè si possa produrre il fenomeno, e tale *optimum* si raggiunge due giorni dopo il rifornimento e dura fino al rifornimento successivo. Tale *optimum* è stato messo in evidenza da tutti quelli che hanno descritto il fenomeno. Le ulteriori osservazioni dovranno studiare quali rapporti possano esistere tra il collasso ideale e quindi pressione *optimum* per esso e la pressione *optimum* per il prodursi dell'urto toracopolmonare.

La pressione *optimum* per il collasso terapeutico è pure la pressione *optimum* per il prodursi del fenomeno, oppure non vi sono fra le due pressioni rapporti di sorta?

Si è scritto che è necessario un collasso polmonare incompleto con maggior addensamento di un lobo, o di parte di un lobo in rapporto al restante tessuto polmonare, di modo che verrebbe a prodursi quasi una caseificazione di una parte del polmone, che in determinate condizioni per movimento di rotazione verrebbe a battere contro la parete toracica. Nel mio caso invece l'esame radiologico dava l'impressione di un polmone collassato *in toto*, e appeso a guisa di pendolo all'ilo; di modo che i movimenti dovevano avvenire come in un battacchio di campana.

L'a. esaminata in questi ultimi tempi, a sei mesi di distanza dalla cessazione dei rifornimenti di gas, presenta un polmone completamente espanso con ispessimento pleurico alla base; ma non presenta nessuna zona di addensamento o di minor distensione in rapporto alle altre parti del polmone.

La rigidità del mediastino invece è condizione necessaria al prodursi del fenomeno. È evidente come esso debba mantenersi rigido e conservare un certo grado di fissità, sia che l'urto si produca a mo' di battacchio di campana, sia che si produca per un movimento di rotazione a guisa di una pagina di un libro (Trepiccioni e Fritzsche); perchè il polmone collassato possa avere un punto di appoggio fisso su cui muoversi liberamente. È quindi lecito pensare che negli ammalati nei quali si produce il fenomeno dell'urto toracopolmonare vi siano stati in precedenza, oppure vi siano in atto processi infiammatori del mediastino che vi abbiano prodotto la rigidità e la fissità.

Fritzsche ha ricercato nei suoi ammalati se vi esistessero fatti di mediastinite in atto, ma non ne ha riscontrati; è invece venuto nella conclusione che vi erano stati in precedenza fenomeni infiammatori del mediastino stesso ricercando tale sintomatologia clinica per via indiretta mediante la misurazione della pressione arteriosa e venosa.

Ordinariamente il mediastino non è una parete rigida, ma è spostabile ed estensibile cogli atti respiratori; per cui è necessario intervengano fatti infiammatori dello stesso o degli organi in esso contenuti per produrre l'indurimento e la fissità.

Le aderenze pleuriche hanno pure la loro importanza, perchè quando siano estese ed in rapporto colla pleura parietale possono ostacolare il prodursi del fenomeno.

Così pure un versamento pleurico di una certa entità può impedire il fenomeno dell'urto; mentre un piccolo versamento può non avere importanza.

Resta pertanto accertato che per la produzione dell'urto toraco-polmonare sono condizioni necessarie:

1) rigidità del mediastino di aderenze pleuriche;

2) mancanza di aderenze pleuriche;

3) assenza o piccola quantità di versamento pleurico;

4) pressione endotoracica *optimum*, che varia secondo i casi.

## RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di urto toraco-polmonare e mette in rilievo l'importanza della rigidità del mediastino; e pone il quesito se la pressione *optimum* per l'urto sia pure la pressione *optimum* per il collasso ideale pneumotoracico.

## BIBLIOGRAFIA.

RIST ed HISCHBERG. Citato da TREPICCIONI.
TREPICCIONI. *Lotta contro la tubercolosi*, 1930, n. 8.
FRITZSCHE. Rivista di patologia e clinica della tubercolosi, 1933, fasc. I.
GUIZZARDI. Ibid., 1933, fasc. XII.

## CASISTICA E TERAPIA.

### La malattia di Gee.

La malattia celiaca è stata descritta per la prima volta nel 1888 da Samuel Gee dell'Ospedale S. Bartolomeo di Londra. Dalla descrizione di questo A. e da quelle dei casi segnalati da numerosi AA. di diversi paesi. T. Izod Bennet (*Presse Méd.*, 19 sett. 1934) trae una esposizione sintetica del quadro clinico che caratterizza questa interessante forma morbosa, della quale l'A. stesso ha osservato parecchi casi.

I sintomi predominanti più importanti sono: la steatorrea talvolta provocante la diarrea, l'anemia di tipo vario, la tetania acuta o latente, e l'infantilismo con alterazioni ossee varianti dal rachitismo tardivo all'osteomalacia.

La *steatorrea* per lo più si rivela nell'anamnesi con la diarrea cronica, di cui il paziente ha sofferto fin dall'infanzia. Ma dopo molti anni di decorso per lo più la diarrea scompare perchè si stabilisce una dilatazione del colon che rallenta il passaggio delle materie fecali, e permette un assorbimento più completo dell'acqua. L'esame chimico dimostra però sempre una quantità considerevole di grassi (50 % delle feci disseccate) allo stato di acidi grassi e di saponi. Sembra che questo sintoma sia dovuto non ad insufficienza secretoria delle ghiandole del tubo digerente, ma ad un difetto di assorbimento delle pareti intestinali.

L'*anemia* si manifesta per lo più in forma ipocromica, talvolta in forma megalocitica ipercromica, in qualche caso con presenza di numerosi eritroblasti.

La *tetania* sotto forma di spasmi dei piedi e delle mani è il sintoma che in parecchi casi conduce il paziente dal medico. Essa deve essere messa in rapporto con la forte perdita di calcio con le feci, che sembra evolvere parallelamente alla perdita di grasso.

Le *alterazioni ossee* sono state notate dallo stesso Gee nei bambini affetti dalla malattia. L'osteoporosi con fratture multiple e l'arresto dello sviluppo sembrano essere sintomi costanti.

Oltre il metabolismo dei grassi e quello del calcio anche quello del glucosio è alterato, come dimostra la curva glicemica dopo ingestione di glucosio: la scarsa elevazione sembra dovuta al fatto che il glucosio viene fissato dal fegato con estrema rapidità.

Questi sintomi inducono a ritenere che questa malattia sia attribuibile a lesioni intestinali, sebbene l'anatomia patologica non sia ancora riuscita a dimostrarle. L'A. propone il nome di « steatorrea idiopatica ».

La *terapia* consiste nell'alimentazione povera di grasso, nella somministrazione di forti quantità di ferro per correggere lo stato anemico, e nell'uso di dosi massive di calcio per evitare l'aggravamento delle alterazioni ossee.

E. CARLINFANTI.

### Le calcinosi.

La calcinosi, scrive Brooks (*The Quarterl. Journ. Medic.*, luglio 1934) è un esempio di calcificazione patologica, in cui deposizioni calcaree occorrono nella cute, nel tessuto sottocutaneo e, in qualche caso, nel connettivo profondo; è una malattia cronica, a inizio subdolo e lentamente progressiva.

Al disopra delle deposizioni di calce la cute si tende, si arrossa e finisce spesso per ulcerarsi; al tatto, i depositi appaiono come piccoli noduli duri, mobili o no, leggermente dolenti.

Le deposizioni si localizzano di preferenza nei punti maggiormente esposti alla pressione o ai traumi; gli arti e specialmente le articolazioni delle dita, le ginocchia e i gomiti.

La calcinosi si divide in una forma *circoscritta* e una *universale*: nella prima, che colpisce le donne anziane, sono prediletti quasi esclusivamente gli arti superiori, e specialmente le dita; per la rassomiglianza di questi noduli con i tofi si parla anche di *gotta da calcio*.

Nella seconda, anche i connettivi profondi sono colpiti, e le deposizioni di calcio sono assai più estese.

La calcinosi è spesso associata ad altre malattie, come la sclerodermia, il m. di Raynaud, la fibrosi muscolare; il metabolismo del calcio, su cui si sono naturalmente rivolte le ricerche, si è dimostrato ora normale, ora ha dato valori di calcemia notevolmente elevati; la tiroide, il timo e le gonadi sono state a volta a volta invocate per spiegare il meccanismo patogenetico di questa malattia; anche le vitamine sono state ritenute da qualche A., ma senza sicura base, responsabili della calcinosi.

Sembra che la prima lesione istologica debba ricercarsi nel tessuto connettivo e consista in una imbibizione e rigonfiamento di questo, a cui farebbe seguito la deposizione del calcio; chimicamente, le deposizioni sono risultate formate da fosfato tricalcico.

La diagnosi è assai facilitata dalle alterazioni che la cute presenta al disopra delle deposizioni calcaree e dall'eventuale disturbo funzionale che queste ultime possono determinare.

La prognosi deve essere riservata, benchè non di rado la calcinosi coesista con una vita assai lunga; non esiste ancora una precisa direttiva di cura causale (vitamine, ormone paratiroideo, ecc. avendo fallito il loro scopo) e ci si contenta perciò di una terapia sintomatica.

V. SERRA.

### Il linfatismo.

F. Munk (*Deut. med. Wochens.*, 22 settembre 1933) conclude un suo studio sull'argomento affermando che il concetto di stato linfatico, come anomalia di costituzione non è abbastanza fondato nè anatomicamente, nè clinicamente e nemmeno la modificazione ammessa da Bartel dell'abito ipoplastico.

Invece può mantenersi la denominazione di linfatismo per indicare un comportamento costituzionale contro le infezioni, poichè in questa costituzione (che l'A. chiama *aliterimmune*, cioè che presenta un'immunità diversa secondo i casi) le formazioni linfatiche hanno realmente una parte importante. Nel bambino, la si vede chiaramente nelle anomalie del territorio linfatico della gola (scrofolosi) e continua poi nell'adulto, come può assodarsi con l'esame radiologico per cui si vedono le ombre delle ghiandole calcificate ed un disegno polmonare molto marcato.

Il fattore linfatico si fa valere in modo diverso secondo le infezioni. Nelle malattie infettive acute gravi (specialmente scarlattina) il sistema linfatico può fallire del tutto; per le infezioni lievi, specialmente delle vie aeree, si ha una grande sensibiltà ed una lunga durata dello stato infettivo; sono gli individui « sempre raffreddati », con la tosse invernale che non finisce mai. Nelle infezioni a decorso cronico (tubercolosi delle vie aeree) il fattore linfatico fa sì che l'infezione si circoscriva alle formazioni linfatiche, con tendenza alla neoformazione connettivale, fornendo così una protezione regionale immunitaria e, quindi, un decorso benigno della tubercolosi per tutta la vita.

Questo modo di reazione « aliterimmune » non è connesso con alcun tipo particolare di costituzione.

*fil.*

### Le adenopatie cervicali croniche infantili.

Molte madri si preoccupano, osservando per caso l'esistenza di gangli infiltrati al collo dei loro bambini e ricorrono per consiglio al medico il quale spesso ritiene trattarsi di una manifestazione di linfatismo od anche della così detta scrofola.

C. Ruppe (*La Presse Médicale*, 16 agosto 1933) esaminando i bambini — da 4 a 10 anni — che frequentavano un ambulatorio stomatologico ha rilevato la grande frequenza con cui si hanno intumescenze gangliari al collo: le sue osservazioni danno una frequenza dell'83 %; altri hanno veduto il 71 %, mentre in un servizio di bambini tubercolari, si è trovato il 55 per cento.

Indubbiamente debbono influire sullo sviluppo di tali adenopatie le cause locali. Ciò è provato, sia dal fatto che soltanto il 18 % dei bambini con adenopatie cervicali ne avevano anche di inguinali e di ascellari, sia dalla grande frequenza di tali cause locali (nel 40-50 % nelle amigdale, nel 20 % — e forse anche più se si tiene conto delle forme leggere — nella mucosa gengivale).

Del resto, la cutireazione non dà una percentuale di positività maggiore nei bambini con adenopatie cervicali che negli altri.

Tali adenopatie cervicali croniche costituiscono quindi dei fatti puramente banali, in rapporto con il linfatismo fisiologico dell'età infantile, che può facilmente esagerarsi, sotto l'influenza di cause — esogene od endogene — anche minime. E sarebbe una conclusione erronea ed affrettata il giudicare dell'esistenza di una bacillosi od un linfatismo, soltanto in base al rilievo di un'adenopatia cervicale.

*fil.*

## SEMEIOTICA.

### Contributo allo studio delle reazioni allergiche crociate nella tubercolosi e nelle brucellosi.

W. Sarnowiec (*Ann. Istit. Pasteur*, agosto 1934) ricorda come negli animali tubercolosi — e portatori di uno stato allergico — sia possibile ottenere reazioni analoghe a quelle della tubercolina, usando invece estratti batterici diversi.

L'A. ha saggiato con l'abortina le cavie tubercolose, ed ha osservato spesso una reazione che non raggiunge però mai l'intensità di quella tubercolinica; a lor volta le cavie infettate con b. abortus non reagiscono alla tubercolina.

Anche nell'uomo tubercoloso l'abortina può provocare una reazione simile alla tubercolinica, ma più precoce.

In linea generale l'antigene aspecifico dà una minor reazione di quello specifico; e il fenomeno appare legato sopratutto alle proprietà individuali del singolo organismo.

V. SERRA.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Il plesso venoso dell'esofago.

D. Kegaries (*Surg. Gyn. et Obst.*, 1934) da studi anatomici giunge alla conclusione che esistono in più della metà dei casi, comunicazioni fra le vene gastriche e le spleniche con il sistema venoso periesofageo, anche normalmente. Pertanto le varici esofagee non costituiscono solo un segno di cirrosi epatica, ma possono aversi anche per altre affezioni in cui vi sia stasi venosa intraaddominale. Es.: le splenomegalie, e in specie il m. di Banti, oltre agli scompensi cardiaci ecc.

V. GHIRON.

---

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

P. PICCININI. *Rivendicazioni italiane nel campo della Dermatologia e Sifilologia.* — Tip. Cordani, Milano, 1934.

A. PACIFICO. *Contributo alla conoscenza dei fattori fisiologici che regolano le variazioni della pressione rachidea dopo estrazione, per via lombare, di liquido cefalo-rachidiano.* — Tip. A. Nicola, Varese, 1934.

E. B. RIBEIRO. *Aspectos cirurgicos de caseose dos nervos na lepra.* — Soc. Edit. Medica Limitada, S. Paulo, 1934.

A. H. ROFFO. *Lo que debe saberse sobre el cancer.* — Impruenta de l'Universidad, Buenos Aires, 1934.

M. RAGAZZI. *L'attività del reparto nell'anno 1933 del Comune di Genova.* — Fratelli Pagano, Edit., Genova, 1934.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

### I sanitari condotti nel Nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie.

Nello storico istituto della condotta il nuovo T. U. delle leggi sanitarie 27 luglio 1934 n. 1265 ha introdotto alcune importanti modificazioni, che vale la pena di illustrare brevemente perchè interessano una vasta categoria di sanitari, ai quali è affidata l'assistenza delle classi meno abbienti della popolazione.

È da premettere che sono state completamente unificate le disposizioni relative ai medici, ai veterinari ed alle levatrici e che, in linea di massima, si sono conservate le norme sull'assistenza sanitaria nei Comuni contenute nel T. U. del 1907 e nel R. decreto 30 dicembre 1923 sulla riforma degli ordinamenti sanitari. Una eccezione si deve fare per l'obbligo della compilazione del doppio elenco dei poveri, obbligo che era stato sancito nel decreto del 1923, per quanto, in mancanza delle norme regolamentari, non avesse trovato applicazione nella totalità dei Comuni. Si è ritornati di nuovo all'elenco unico degli aventi diritto all'assistenza medico-chirurgica e ostetrica gratuita ed alla somministrazione, pure gratuita, dei medicinali. Il provvedimento viene incontro ai desiderati espressi dai medici condotti, perchè il doppio elenco portava ad aggravare ingiustamente il loro lavoro, in quanto che i Comuni non avevano alcun ritegno a largheggiare nell'iscrizione nell'elenco dei poveri aventi diritto alla sola assistenza sanitaria, mentre limitavano, talvolta eccessivamente, l'elenco per la somministrazione dei medicinali, il quale rappresenta un onere per le finanze comunali.

L'istituzione di condotte consorziali è considerata dalla nuova legge come eccezionale e sempre da autorizzarsi dal prefetto, quando particolari circostanze la rendono necessaria. Doverose cautele sono state stabilite a favore dei sanitari del consorzio in caso di modificazione o scioglimento del medesimo, riconoscendo loro il diritto di mantenere il posto o di scegliere una delle condotte da costituirsi nei Comuni già consorziati.

Quando più condotte si riuniscono in consorzio il posto è attribuito per concorso per titoli fra i sanitari condotti stabili dalle condotte medesime. Coloro che non sono riesciti vincitori del concorso hanno diritto alla nomina, nel caso di cessazione dal servizio da parte del prescelto, entro un anno dalla pubblicazione della graduatoria del concorso. Se, nello stesso termine di tempo, non abbiano ottenuto la nomina in altra condotta, hanno diritto ad un'indennità pari a tante mensilità di stipendio quanti sono gli anni di servizio prestati nella condotta, con un minimo di sei mensilità. Inoltre i suddetti sanitari che restassero privi di posto, conservano il diritto, per cinque anni, di partecipare ai concorsi di condotta senza limiti di età. Le stesse disposizioni valgono nel caso di unificazione di due o più condotte nel medesimo Comune.

Altra innovazione è la abolizione dei capitolati, i quali vengono sostituiti da uno speciale regolamento, approvato dalla Giunta provinciale amministrativa, previo parere del Consiglio provinciale di sanità, che, per ciascun Comune o consorzio, stabilisce anche il numero delle condotte e fissa lo stato giuridico ed il trattamento economico del personale.

Sono rimaste inalterate le disposizioni sulla determinazione degli stipendi minimi dei sanitari condotti da parte della Giunta prov. amm., colla limitazione però che tali minimi non possono superare quelli già attribuiti ai posti di sanitari condotti risultanti dopo l'applicazione dei R. decreti-legge del 1930 e del 1934 sulle riduzioni degli stipendi.

Come per gli ufficiali sanitari, è stato fissato il limite massimo di età di 32 anni per i candidati ai concorsi per le condotte sanitarie, tranne per coloro che prestano già servizio con nomina divenuta definitiva; e sono stati istituiti i concorsi provinciali, che vengono banditi ogni anno dal prefetto per il numero complessivo dei posti vacanti nella provincia. Le commissioni giudicatrici sono nominate dal Ministro dell'Interno colle norme che verranno indicate dal regolamento.

Anche le altre disposizioni sui concorsi (fatta eccezione per quelle relative ai Comuni capoluoghi di provincia, ecc.), sulla prestazione della promessa di fedeltà e del giuramento e sul periodo di prova, sono analoghe a quelle stabilite per gli ufficiali sanitari, che abbiamo già illustrato in un precedente articolo (1) e che, pertanto, non occorre ripetere.

Quando una condotta venga divisa, il sanitario che abbia in essa acquistato la stabilità, ha diritto di scegliere una delle nuove condotte.

Per ciò che concerne le sanzioni disciplinari si applicano, in genere, ai sanitari condotti le stesse norme che agli ufficiali sanitari, e la nuova legge ha armonizzato le disposizioni relative ai sanitari condotti con quelle vigenti per gli altri impiegati comunali. Una innovazione è la istituzione della Commssione di disciplina per i sanitari condotti, la quale deve esser sentita quando si ritenga di applicare una sanzione disciplinare superiore alla sospensione dal grado con privazione dello stipendio per un mese. La Commissione è composta del viceprefetto presidente, del medico provinciale, o del veterinario provinciale quando l'incolpato sia un veterinario, di un componente del Consiglio provinciale di sanità designato dal prefetto, di un rappresentante del podestà o del consorzio, e di un rappresentante designato dalla rispettiva Associa-

---

(1) V. Policlinico, n. 40 dell'8 ottobre 1934.

zione sindacale, giuridicamente riconosciuta, competente per territorio.

Si applicano ai sanitari condotti anche le disposizioni sancite dalla nuova legge per gli ufficiali sanitari riguardo al collocamento a riposo a 65 anni di età, a quello per inabilità fisica, incapacità professionale o soppressione di posto, nonchè le altre relative alle dimissioni d'ufficio ed alla dispensa dall'impiego.

Con disposizione transitoria ai concorsi indetti entro il 31 dicembre 1937 sono ammessi, indipendentemente dai limiti di età, i sanitari che hanno già prestato servizio di condotta, con nomina definitiva, precedentemente all'entrata in vigore del nuovo T. U. cioè al 24 agosto 1934. Parimente l'applicazione delle disposizioni relative al collocamento a riposo dei sanitari condotti al compimento dei 65 anni di età, comincerà solamente col 1° luglio 1936; essa tuttavia ha luogo fino da ora per quei sanitari che, oltre ai 65 anni di età, abbiano compiuto 40 anni di servizio oppure 70 anni di età e 35 di servizio.

Nel complesso la recente legge porta molte innovazioni che tornano a vantaggio dei sanitari condotti ed è da augurare che, in armonia con tali disposizioni, possano, in un prossimo avvenire, essere anche migliorate le condizioni di pensione di questa benemerita categoria di sanitari.

A. FRANCHETTI.

# CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CALVI NELL'UMBRIA (*Terni*). — Scad. 15 nov., ore 12; abitanti 3102; Km. 31 da Terni; età limite 35 anni; tassa L. 50,10; documenti a 3 mesi dall'1 ottobre; stipendio L. 8600; L. 600 per uff. san.; riduzioni e ritenute di legge; indennità caro-viveri; L. 4000 mezzi di trasporto; non meno di tre aumenti quadriennali di un decimo dello stipendio iniziale. Altre modalità consuete. Assunzione del servizio entro 20 giorni dalla nomina.

CATANZARO. *Consorzio Antitubercolare.* — Due distinti Concorsi, per titoli ed esami, pei seguenti posti: *a*) Medico Direttore della Sezione Dispensariale di Vibo Valentia; *b*) Medico Direttore della Sezione Dispensariale di Nicastro. Annuo stipendio per ognuno di detti posti L. 6000 oltre indennità di servizio attivo L. 1500, tutto al lordo delle riduzioni e tasse e Cassa Previdenza. Libero esercizio professionale subordinatamente ai doveri d'ufficio e senza uso dei locali e mezzi forniti dal Consorzio. Scad. ore 12 del 12 novembre. Documenti di rito comprovanti età massima anni 45; tali documenti possono valere per ambedue i Concorsi. La nomina cadrà sul primo classificato e, in caso di rinunzia, sul secondo. Nomina per un quinquennio, tacitamente rinnovabile. Rivolgersi alla Segreteria.

GUTIGLIANO (*Pistoia*). — Scad. 31 dic.; L. 9500 e 5 trienni dec., oltre L. 2000 automezzo, L. 500 uff. san., c.-v.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

LA SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele III.* — Medico specialista in Otorinolaringoiatria col titolo di primario. Concorso per titoli e per esami con scadenza al 24 novembre 1934-XIII. Periodo di prova anni 5. Stipendio annuo L. 6000 suscettibile di quattro aumenti quinquennali di L. 500 ciascuno. Cointeressenza del 30 % sugli ammalati paganti in proprio in base alla tariffa vigente. Il tutto soggetto alle trattenute e riduzioni di legge. Età massima anni 45, s. e. l. Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale Civile.

MILANO. *Ospedale Fatebenefratelli - Fatebenesorelle - Ciceri - Agnesi.* — Concorso per titoli ed esami a un posto di aiuto chirurgo. Stipendio L. 7300 ridotto a norma di legge. Nomina per un triennio, salvo successive conferme per uguale periodo fino alla durata massima di 15 anni. Istanza in bollo da L. 3. Titoli e documenti di rito. Limite età anni 35 (salvo diritti per servizio militare) e inscrizione al P. N. F. prima del 28 ottobre 1922. Pei già in servizio presso l'O. P. il limite d'età è aumentato di 7 anni. Scadenza ore 15 del 27 dicembre. Per ulteriori notizie rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto.

MILANO. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 30 nov.; due medici primari o di Sezione nell'Ospedale Psichiatrico Provinc. di Mombello di Limbiate; lire 13.000, 4 trienni e 4 quadrienni di L. 1400, serv. att. L. 3000; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; rivolgersi all'Amministraz. Prov., via Monforte 31.

MORGANO (*Treviso*). — Scad. 29 dic.; L. 9500 e 5 quinquenni dec., c.-v., se uff. san. L. 500, trasp. L. 2500; tassa L. 50,10.

PAVIA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 15 dic., ore 17; due medici assistenti presso l'Ospedale Psichiatrico in Voghera; titoli scientifici e pratici; età limite 35 a.; tassa L. 50,10; documenti a 3 mesi; stip. L. 9500, 3 trienni e 2 quadrienni del decimo, oltre L. 2100 serv. att., c.-v. Chiedere annunzio.

ROMA. — *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Fano I, Francavilla a Mare, Narni, Pergola, Porto Civitanova II, Porto d'Ascoli, Torre dei Passeri, (Ancona); Brindisi I, Venosa I, (Bari); Ca' di Landino, Mantova II, Mercatale di Vernio, Pianoro, Poggio Renatico, Rimini III, Vado, (Bologna); Cagliari I, Iglesias, Macomer II, (Cagliari); Pozzallo, (Catania); Altopascio, Castiglione Fiorentino, Figline, Ponte a Moriano, Scandicci, (Firenze); Ascoli Satriano, Campomarino, Cerignola I, Lioni, Melfi II, S. Severo II, (Foggia); Lavagna, Novi Ligure I, San Remo, Savona III, (Genova); Arona II, Castelvetro, Domodossola II, Ghedi, Pavia I, (Milano); Aversa, Campobasso II, Larino, Portici II, S. Croce del Sannio, Sessa Superiore, (Napoli); Cefalù II, Misilmeri, (Palermo); Aulla, La Spezia I, La Spezia IV, Pisa V, Saline di Volterra, Sarzana I, (Pisa); Battipaglia II, Reggio Calabria II, Villa S. Giovanni, Catanzaro Marina I, Catanzaro Marina II (Reggio Calabria); Aquino, Avezzano II, Bracciano, Celano, Fondi I, Grosseto I, Magliano Sabina, Viterbo II, (Roma); S. Marco Roggiano II, (Taranto); Ceva II, Moncalieri II, Vercelli I, (Torino); Bressanone, Bolzano I, (Trento); Aurisina, Gemona, Tricesimo (Trieste); Portogruaro II, Treviso II, (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 12 novembre 1934-XIII.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Al 15 novembre 1934-XIII, ore 17,30, viene prorogato il termine di ammissione al concorso per titoli ed eventualmente per esami al posto di Chirurgo primario presso l'Ospedale Civile Principale per la Divisione Chirurgica II. La nomina è soggetta a conferma o disdetta entro il primo biennio, e l'Ufficio cesserà quando il titolare compia il 60° anno di età, salvo proroga per non oltre un quinquennio. L'assegno annuo è di L. 6000 non suscettibile di aumento, e gravato di tutte le ritenute di legge e verrà ridotto a norma del R. D. Legge 20 novembre 1930, n. 1491 e del R. D. Legge 14 aprile 1934, n. 561. Tassa L. 50 al tesoriere. Età limite 45 anni o 50 qualora il candidato abbia coperto per almeno cinque anni corrispondente posto presso altro Ospedale, tenute pure presenti le disposizioni a favore degli ex combattenti, e di coloro che risultino regolarmente inscritti al P. N. F. prima del 28 ottobre 1922, a norma e nei limiti delle vigenti disposizioni legislative. Certificati di data non anteriore di tre mesi al 18 luglio 1934. Chiedere avviso.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Il Comitato di Patronato dell'Urbe per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, dovrà fra breve tempo provvedere a nuove assunzioni di medici specializzati in Pediatria e in Ostetricia, per destinarli eventualmente alla Direzione dei relativi Consultori.

Tutti i sanitari che desiderano essere tenuti presenti per il conferimento di tale incarico, dovranno presentare allo scopo regolare domanda.

BORSE DI STUDIO.

*Fondazione « Luigi Lucatello ».*

Con scadenza al 15 novembre è aperto un concorso per il conferimento della borsa di studio di L. 1800 annue intitolata « Luigi Lucatello » e devoluta a favore di uno studente del secondo triennio della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Padova. Le domande dovranno pervenire al Magnifico Rettore della sopracitata Università.

*Fondazione « Angelo Roth ».*

Per l'anno scolastico 1934-1935 è aperto il concorso per una borsa di studio di L. 1200 da conferirsi ad uno studente della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Sassari iscritto al quinto anno. Le domande corredate dai documenti di rito dovranno essere inviate alla Segreteria della R. Università non più tardi del 30 novembre.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Raúl Novarro, il prof. Carlos Robertsin Lavalle e il dott. Luis Estévez Balado sono nominati direttori, rispettivamente, dell'Ospedale Rawson, dell'Ospedale Ramos Mejía e dell'Ospedale Nazionale per alienati di Buenos Aires.

Il prof. Abelardo de Britto è nominato presidente dell'Istituto brasiliano di stomatologia.

Il dott. José A. Premo è nominato presidente dell'Accademia di scienze mediche, fisiche e naturali dell'Avana.

Il dott. J. Martínez Cañas è nominato presidente della Società di studi clinici dell'Avana.

Il dott. Rodolfo Gorriti è nominato presidente del Centro di odontologia dell'Uruguay.

## NOSTRE CORRISPONDENZE

*Da Buenos Aires.*

**Un Congresso internazionale di alta cultura latina.**

I giornali della capitale argentina pubblicano articoli di adesione entusiastica all'idea lanciata dal prof. sen. Nicola Pende di realizzare in Roma un grande faro di alta cultura latina, che nelle varie branche delle scienze e delle arti offra la possibilità di studi superiori di perfezionamento. Secondo l'idea del Pende questa superuniversità latina di Roma, che dovrebbe essere alle dirette dipendenze del Duce del Fascismo, dovrà servire ad attrarre alla Mecca della latinità, gli studiosi di stirpe latina, compresi quelli del Sud-America. In tal modo il grande faro romano a tipo di centro internazionale di perfezionamento, con insegnanti e studenti di tutto il mondo latino, rappresenterebbe un grande mezzo di comunione spirituale e di unità culturale e domani forse anche politica delle stirpi discendenti di Roma.

L'Argentina, che negli ultimi anni ha dimostrato in tutte le sue manifestazioni culturali la sua grande devozione all'Italia ed allo spirito di Roma accogliendo entusiasticamente scienziati e conferenzieri ed artisti del nostro Paese, è stata anche la prima a volere prendere iniziativa per un congresso internazionale di cultura latina in America da tenersi nel 1936.

Ed a tal uopo i promotori di tale congresso hanno domandato al governo della Repubblica una sovvenzione di 400.000 pesos, i quali dovrebbero servire, sia per la organizzazione di tale congresso, sia per la definitiva sistemazione di un istituto di biotipologia, eugenesia e medicina sociale, già fiorente nella capitale argentina.

Ad inaugurare e l'uno e l'altro il 12 ottobre del 1936 è stato invitato il prof. sen. Nicola Pende.

I due illustri promotori di questa grande manifestazione di fraternità spirituale latina e di testimonianza d'ammirazione per la scienza dell'Italia fascista sono i proff. Nicola Lozano ed Arturo Rossi. Il « Mattino d'Italia » del 17 agosto 1934 riporta il magnifico discorso che il prof. Lozano, accademico argentino, ha tenuto alla presenza dell'Ambasciatore d'Italia, nei saloni del Circolo Italiano di Buenos Aires, il 16 agosto u. s. In tale discorso, che è tutto un inno alla cultura italica ed alla sua influenza sulla scienza ed arte argentina, il grande accademico di Buenos Aires termina con queste parole: « Affinchè la fraternità fra i due popoli sia eterna è necessario che le glorie e gli allori, che il genio italiano ha sparso per il mondo come una eredità del vecchio impero romano, abbiano nella nostra terra una nuova fioritura. Ed il primo congresso nazionale di cultura latina in America, che sarà presieduto dal sen. Pende, costituirà il principio di una nuova êra di comprensione fra i popoli, che nella civilizzazione mediterranea ebbero la comune ori-

gine affinchè quella superuniversità che sorgerà nella capitale storica della latinità, sia un faro, che illumini eternamente il sentiero della pace e della fratellanza tra i popoli, fratellanza e pace indistruttibili, quando le Nazioni che la cementano si chiamano Regno d'Italia e Repubblica Argentina ».

È stato già pubblicato il programma di organizzazione di questo congresso internazionale. Esso comprende una prima sezione di scienze divisa in: *A*) Scienze mediche; *B*) Diritto e scienze sociali; una seconda sezione di Belle arti, una sezione terza di scienze applicate. Ventisei Nazioni saranno rappresentate. P. M. A.

***Da Napoli.***

Nella riunione della Società per il Progresso delle Scienze tenutasi recentemente a Napoli il prof. Roberto Alessandri ha svolto come introduzione alla discussione sull'argomento una sua esposizione « Sullo stato attuale della diagnosi e della cura dell'ulcera gastro-duodenale ». La riunione di sezione tenutasi in un'aula dell'Università, lunedì 15 ottobre, fu importante per la presenza di numerosi clinici, patologi e chirurghi ospedalieri di ogni regione d'Italia. Oltre l'on. prof. Paolucci, che presiedeva, vi erano i proff. Zagari, Donati, Taddei, Fasiani, Baggio, Torraca, Brancati, Puglisi Allegra, Puccinelli, Pototschnig, oltre numerosi altri chirurghi di Napoli, e la discussione, cui presero parte quasi tutti i sopra nominati, fu viva e interessante. Dr. MARPO.

Pubblicheremo presto la conferenza, che mette a punto sulle idee e sull'espressione chirurgica odierna, l'argomento così dibattuto.



## NOTIZIE DIVERSE.

### Congressi italiani di medicina e chirurgia.

Il 40° Congresso della Società italiana di medicina interna e il 41° Congresso della Società italiana di chirurgia si sono svolti contemporaneamente a Roma dal 17 al 20 ottobre. In conformità delle consuetudini stabilitesi negli ultimi anni, le due Società hanno tenuto in comune la seduta inaugurale e la discussione di un tema.

La solenne cerimonia inaugurale si è celebrata il 17 ottobre, nella R. Università, alla presenza del sottosegretario di Stato on. Albertini per il Governo, con l'intervento dei maggiori esponenti della medicina e della chirurgia italiana.

In altra parte del giornale ne diamo un ampio resoconto e cominciamo il resoconto dei lavori.

Dopo l'inaugurazione i Congressisti si sono recati al Palazzo del Littorio, hanno deposto una corona nella cappella votiva dei caduti fascisti, e sono stati ricevuti da S. E. Starace.

### 25° Congresso italiano di ortopedia.

La Società italiana di ortopedia si è adunata a Roma il 15 e il 16 ottobre. L'inaugurazione ebbe luogo nella sala dell'Accademia Medica al Policlinico, in presenza del sottosegretario alla Giustizia on. Albertini che rappresentava il Governo, delle autorità mediche civili e militari, dei rappresentanti di varie istituzioni mediche e di un centinaio di soci.

Il prof. De Gaetano, di Napoli, informa sull'attività svolta dalla Società italiana di ortopedia nell'ultimo anno.

Il prof. Della Vedova rivolge un vivo e cordiale saluto ai presenti, ed illustra poi la funzione sociale dell'ortopedia.

Il sottosegretario Albertini dice dell'interesse portato dal Governo al campo di studi in cui agisce la Società Medica di Ortopedia. Rileva la funzione e gli scopi altamente sociali di questo ramo della scienza medica per la gioventù minorata e per le classi lavoratrici e ricorda le provvidenze del Regime nel campo etico e sociale.

I congressisti si sono recati a rendere omaggio alla Cappella Votiva dei Caduti Fascisti a Palazzo Littorio deponendovi una corona. I congressisti hanno compiuto una visita alle bonifiche dell'Agro Pontino.

### 13° Congresso italiano di urologia.

La Società Italiana di Urologia si è adunata il 20 e il 21 ottobre in Roma, con l'intervento di numerosi urologi italiani ed alcuni stranieri. All'inaugurazione erano presenti le autorità. I lavori si sono svolti al Policlinico Umberto I (nella R. Clinica chirurgica, diretta dal prof. R. Alessandri) e all'Ospedale del Littorio (nel reparto urologico diretto dal prof. E. Mingazzini).

Al Policlinico venne inaugurato il reparto urologico diretto dal prof. Raimoldi, composto di sale per degenza di infermi, sezione radiologica, un vasto laboratorio, camere per cistoscopia e sezione operatoria.

**3° Congresso della Stampa medica latina.**

Il 17 ottobre, nel grande anfiteatro della Facoltà di medicina della Sorbona, è stato inaugurato il III Congresso della stampa medica latina. Erano presenti l'Ambasciatore d'Italia, il decano della Facoltà medica di Parigi e le più alte personalità scientifiche francesi.

Il prof. sen. Pende, della Facoltà medica di Genova, ha svolto il tema: « Il genio medico latino », passando in rassegna il contributo grandioso fornito al progresso della scienza medica dalle scuole italiane, francesi e spagnole.

L'on. prof. Eugenio Morelli ha trattato della genialità latina, ricordando in special modo quattro grandi nomi che onorano la nostra civiltà, quella degli italiani Malpighi e De Giovanni e dei francesi Pasteur e Claude Bernard.

Ai lavori del congresso ha partecipato anche il sen. prof. Giordano di Venezia.

Gl'italiani sono stati molto cordialmente accolti.

**23° Congresso francese di medicina.**

Il congresso francese di medicina, tenutosi quest'anno a Québec, nel Canadà, ha lasciato molti scontenti. Esso ha coinciso con le grandiose feste organizzate dal « Comitato Jacques Cartier », col risultato che i medici sono stati quasi del tutto trascurati. Per di più, contemporaneamente si adunava l'Associazione dei medici francesi d'America, di modo che i medici del posto dovevano dividersi tra i due convegni. D'altra parte la maggioranza degli intervenuti dall'Europa erano attratti, anzichè dai lavori del proprio congresso, dalle visite organizzate nella regione, ricca di bellezze naturali. Risultato: alcune sedute andarono quasi deserte; la relazione di Labarre fu fatta avanti a una dozzina d'intervenuti; la relazione sull'ipoglicemia non potè essere discussa, perchè non v'era nessuno a prendere la parola; alcune sedute dovettero essere interrotte, dopo mezz'ora di attesa.

Viceversa, le gite soffrivano per sovrabbondanza d'intervenuti: si videro girare il Canadà carri da turismo affollati da 50-100 persone e carichi fino a 500 valige accatastate sul tetto.

Oltre alle bellezze turistiche, i medici hanno ammirato i magnifici istituti scientifici e nosocomiali di Québec, di Toronto, di Montréal e, naturalmente, la clinica Mayo, nel vicino Stato di Minnesota.

Parecchi medici europei hanno fatto anche il giro turistico degli Stati Uniti.

**43° Congresso francese di chirurgia.**

La Società francese di chirurgia si è adunata a Parigi dall'8 al 13 ottobre, con l'intervento di moltissimi chirurgi francesi e stranieri. La solenne seduta inaugurale ebbe luogo nel grande anfiteatro della Facoltà di medicina; tenne un interessante e ascoltato discorso il prof. Cunéo.

Contemporaneamente si è tenuto il 34° Congresso francese di urologia.

Ai due congressi hanno partecipato, non solo con la presenza, ma con comunicazioni, vari italiani: proff. Alessandri di Roma, Chiarolanza e Di Gaetano di Napoli, Uffreduzzi e Caporale di Torino, Cavina di Firenze, Oliani di Trieste, ecc.

Erano anche presenti molte personalità della chirurgia di varî Paesi: notati Silbert di New York, Frei di Berlino, A. Lawen di Königsberg, Jersild di Copenaghen ecc.

I lavori hanno assunto notevole sviluppo.

**8° Congresso francese di stomatologia.**

Alla Sorbona ha avuto luogo il Congresso di stomatologia, che ha chiuso i suoi lavori il 13 ottobre. All'invito rivolto dalla presidenza agli stomatologi esteri hanno risposto, iscrivendosi al Congresso, 35 stomatologi italiani, i quali hanno preso parte attiva ai lavori del Congresso.

Al banchetto di chiusura il prof. Beretta, presidente dell'Associazione stomatologica internazionale, ha messo in rilievo l'importanza del prossimo Congresso internazionale di Bologna, invitando i colleghi francesi e delle altre Nazioni presenti a parteciparvi. Il prof. Arlotta, presidente della Società italiana di chirurgia della bocca, ha espresso a nome degli Italiani il voto che gli sforzi che gli stomatologi francesi stanno compiendo per ottenere nella loro Nazione una legislazione stomatologica integrale sul tipo di quella fascista, siano presto coronati dal più brillante successo. Ambedue gli oratori hanno riscosso le più calde approvazioni. I colleghi francesi, in tutta la durata del Congresso non hanno tralasciato occasione per manifestare agli italiani la loro stima per il valore scientifico della stomatologia italiana e i più fervidi sentimenti di simpatia e di amicizia, che hanno raggiunto un'entusiastica espressione nel brillante discorso pronunciato dal prof. Lemaître, della Facoltà medica di Parigi.

**4ª Conferenza internazionale di medicina preventiva.**

L'Associazione internazionale di medicina preventiva (A. P. P. P.) ha tenuto la sua 4ª conferenza (sezione medica dell'Unione internazionale di tutela infantile) a Lione, durante i giorni 27 e 28 settembre.

L'inaugurazione venne fatta da Edouard Herriot, ministro di Stato. Tra i temi trattati era la profilassi della malaria infantile, relatori il prof. Ernesto Cacace (di Napoli), il prof. Gillot, il dott. Sarrony e il dott. Barrossmann; la relazione destò l'interesse dei convenuti e dette luogo alla votazione di un ordine del giorno.

**Comitato internazionale per lo studio dei rimedi antimalarici.**

Convocata dalla Commissione malariologica della Società delle Nazioni, si è adunato a Parigi negli uffici della Società (rue Vernet 35), un Comitato per lo studio dei medicamenti sintetici nella terapia e profilassi della malaria, composto dei dott. Ciuca, James, Lutrario, Madsen presidente, Missiroli, Pampana segretario, Rajchman presidente, Ed. Sergent. Venne affidato l'incarico di compiere delle ricerche nel campo pratico ai dottori Ciuca, Missiroli e Sergent.

**Un po' dovunque.**

La Società Italiana per il Progresso delle Scienze terrà la 24ª riunione a Palermo.

Si è svolto a Rosario, dal 2 all'8 settembre, il 5° Congresso nazionale di medicina dell'Argentina. Vi hanno partecipato varî medici stranieri,

tra cui G. Franchini di Modena, L. Binet di Parigi, L. Brauer di Amburgo, B. Ausard di Madrid, T. M. Rivers di New York, O. Da Fonseca di Rio de Janeiro ecc. Tenne il discorso di benvenuto e di saluto il decano, R. A. Bullrich. I lavori sono stati presieduti dal dott. C. Muiagurria; hanno avuto esito in numerosi ordini del giorno, approvati dalle varie Sezioni del congresso.

Si è tenuta a Utrecht la 2ª conferenza internazionale dell'Associazione di patologia geografica. Quest'associazione funziona in modo interessante: viene proposto un soggetto di studio; si mettono in moto gli uffici di statisitca dei diversi Paesi, per la raccolta di dati; i documenti così ottenuti vengono comunicati ai relatori, e questi per tal modo possono stabilire una visione mondiale comparata del problema.

La Società francese di serologia e della sifilide sperimentale terrà l'assemblea generale l'8 novembre, a Parigi, presso la Facoltà di medicina (alle ore 9 e alle ore 15), sotto la presidenza del prof. Levaditi. Tema in discussione: valore comparativo delle reazioni di flocculazione. Quota per i non soci: 200 franchi. Sede sociale: Institut Alfred-Fournier, boulevard Saint-Jacques 25, Paris XIVe.

Il 9° Congresso dell'Associazione dei ginecologi e ostetrici di lingua francese è indetto ad Algeri dal 15 al 17 aprile 1935. Presidente onorario: Henrotay; presidente effettivo: Laffont; segretario generale: Fulconis; segretario aggiunto e tesoriere: Ezes.

Come abbiamo annunziato, il 4° Congresso organizzato dalla Società francese di ginecologia avrà luogo dall'8 al 10 giugno 1935, a Salies-de-Béarn. Presidente onorario: Doléris; presidente effettivo: prof. Guyot, Bordeaux.

A richiesta del prof. Carnot, le sedute della prossima assemblea francese di medicina generale, il 4 novembre, saranno presiedute da un medico di campagna, il dott. Paul Durand, di Courville, che ha acquistato molta reputazione quale nosografista: si rompe così la tradizione di attribuire la presidenza a personalità dell'insegnamento universitario.

A Berna si sono adunati, ai primi di ottobre, gli anatomici delle Facoltà di medicina umana e delle Facoltà di medicina veterinaria della Svizzera. La prossima riunione si terrà a Ginevra.

La Società Lombarda di Chirurgia ha tenuto delle sedute il 6, il 15 e il 27 luglio: la prima e la terza a Milano, sotto la presidenza del prof. M. Donati; la seconda a Torino, sotto la presidenza del prof. O. Uffreduzzi. Segretario generale è il dott. E. Ettorre. Furono fatte complesisvamente 43 comunicazioni.

Presso la Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires si è costituito un « Consiglio di medicina sociale », che ha per scopo lo studio, la ricerca, la consultazione e l'insegnamento nel campo della medicina, dell'assistenza, della previdenza e della legislazione sociali; ha sede nell'Istituto d'Igiene; è presieduto dal decano.

Si è costituito a Parigi un Comitato medico franco-giapponese, sotto la presidenza dell'ambasciatore del Giappone Nastake Sato. Per ora ha il solo scopo della reciprocità delle pubblicazioni e del patronato degli studenti. Alla fine di ogni anno, si redigerà un sommario dei contributi più importanti portati dai due Paesi alla scienza medica. Sede: Maison du Japon, cité universitaire, Paris.

Presso l'« Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro » di Milano (piazzale Gorini 20), diretto dal prof. Fichera, è stato organizzato un corso teorico-pratico sui tumori, dal 15 al 30 novembre 1934 (ore 9-12-15-18). Sarà tenuto dai direttori di Sezione: Alfieri, Carminati, Fichera, Pepere, Perussia, con la collaborazione dei proff. Besta, Calamida, Castiglioni, Cesa-Bianchi, De Lieto, Devoto, Donati, Galeazzi, Lasio, Nasso, Pasini, Zoja. L'iscrizione è gratuita. Un certificato verrà rilasciato in base alla frequenza. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

Il prof. Daniel, eminente chirurgo di Bucarest, ha tenuto a Parigi, sotto gli auspicî dell'« Unione Medica Latina » e delle « Voci Latine », il 18 ottobre, una conferenza intitolata: « La scienza romena avanti la scienza medico-chirurgica e suoi rapporti con la lingua francese ».

Pochi giorni prima dell'eccidio di Marsiglia, la Regina Maria di Jugoslavia aveva inaugurato a Kamenica l'Ospedale infantile anglo-jugoslavo, specialmente destinato alla cura dei bambini tubercolotici.

Si è aperta a Sorengo, presso Lugano, la « Clinica di Sant'Anna », gestita dalle suore di Sant'Anna, capace di 100 letti; vi è attuato il principio della libera scelta del medico.

L'Ente « Aide aux enfants paralysés » ha fondato a Parigi un centro di assistenza ai bambini paralizzati; vi saranno selezionati e curati bambini con disturbi motori dipendenti da forme patologiche consecutive ad affezioni del sistema nervoso; comprende un consultorio per la selezione, un gabinetto di neurologia, un servizio d'ospedalizzazione per l'osservazione temporanea, un servizio di ginnastica e di educazione motrice ed un servizio sociale.

Il noto psichiatra C. D. Jung, docente privato di psichiatria alla Scuola tecnica superiore di Zurigo, ha donato, a questa scuola, 200.000 franchi svizzeri (760.000 lire it.), per costituire un fondo destinato ai progressi della psicologia analitica e discipline affini.

Il direttore dell'Assistenza Pubblica di Parigi ha deliberato che d'ora in poi gli esami orali dei medici candidati all'internato verranno raccolti per mezzo di un « dittafono », in modo che si possa far ripetere a volontà il testo pronunziato. Per l'acquisto dei dischi, è preventivata la spesa annua di 25.000 franchi. La nuova disposizione entrerà in vigore a partire dal prossimo concorso.

Un decreto del Consiglio di Stato della Svizzera rende obbligatorio l'esame radioscopico dei nuovi iscritti agli istituti di studi superiori, onde svelare i casi di tubercolosi. I tubercolotici contagiosi non sono ammessi a seguire i corsi; gli altri sono istruiti sulla condotta da tenere, dal punto di vista sanitario, e sottoposti ad esami periodici. L'iniziativa è partita dall'Università di Zurigo.

Il Ministero prussiano dell'interno ha emanato un'ordinanza, in data 22 settembre, la quale sta-

bilisce che a partire dal 1° ottobre avrebbe avuto vigore, in tutte le farmacie onmeopatiche della Prussia, la 2ª edizione della Farmacopea omeopatica, di cui tutte devono essere fornite. La merce già confezionata potrà esitarsi fino al 31 marzo 1936.

Si è celebrato l'85° anniversario del celebre fisiologo russo Ivan Pavloff, che, malgrado l'età avanzata, continua a dirigere la stazione biologica di Koltouchi, presso Leningrado.

Gli amici ed allievi del prof. Jean-Louis Faure, in occasione del suo allontanamento dagli ospedali, intendono offrirgli una medaglia, la cui esecuzione è stata affidata all'artista Charles Pillet, gran premio di Roma.

A tale scopo si è aperta una sottoscrizione. Ogni quota di 100 franchi dà diritto ad un esemplare della medaglia. Le sottoscrizioni vanno indirizzate al tesoriere, Georges Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain 120, Paris VIe. Per informazioni complementari rivolgersi al Dr. Douay o alla dott.a Suzanne Lévy.

La Scuola di puericoltura di Bordeaux (al Policlinico, rue Paul-Bert 4) riaprirà i suoi corsi l'11 novembre. Vi si tengono 30 lezioni l'anno (una a settimana) e insegnamenti pratici; in esito ad esami, si assegnano diplomi.

Si è iniziata la pubblicazione di « Health Digest » rivista che recensisce riviste e libri di medicina di tutti i paesi; è diretta dal dott. J. F. Mantague; è édita dall'« American Health Publishers » di New York City.

Il prof. Geoffroy, di anatomia patologica nell'Università di Beyruth (Siria), si ferì nell'esaminare il cervello di un cane rabbioso e contrasse l'infezione; le cure prodigategli non valsero che a renderne meno atroce la morte.

Il 7° Congresso internazionale di medicina e di farmacia militari è annunziato a Bucarest, pei giorni 2-9 novembre 1935, sotto la presidenza del generale medico Butoiano. Rivolgersi al segretario generale del Comitato permanente, ten. col. med. J. Yoncken, Hôpital Militaire, Liége, Belgio.

Nell'assemblea generale che sarà tenuta in questa occasione, verrà proposto di modificare il titolo del congresso in: « Assemblea internazionale dei servizi di sanità delle armate ».

Il 9° Congresso dei pediatri di lingua francese viene annunziato fin da ora per il 1936 a Bordeaux, sotto la presidenza del dott. Rocaz. Temi: Epidemiologia e patogenesi dell'acrodinia nel fanciullo; Insulinoterapia nel fanciullo; Deformazioni sifilitiche del torace.

Una edizione straordinaria del « Notiziario dell'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare » è uscita in occasione della IX Conferenza dell'Unione Internazionale contro la Tubercolosi tenutasi a Varsavia dal 4 all'8 settembre 1934, nelle quattro lingue ufficiali del Congresso (italiano, inglese, francese e tedesco). Esso porta a conoscenza i risultati degli esperimenti di raffronto vaccinale favorevoli alla vaccinazione antitubercolare col B. C. G., esperimenti seguiti e controllati nell'Istituto da un Comitato tecnico-scientifico. Si possono apprendere le cifre delle più recenti statistiche delle vaccinazioni eseguite col B. C. G. in tutto il mondo, sia sui bambini che sugli animali da allevamento. Il numero reca la raccolta completa e ordinata della bibliografia del B. C. G.

È morto il dott. ENRICO DE VARIGNY, enciclopedico e notissimo volgarizzatore della medicina: i suoi articoli nel « Journal des Débats » ottennero largo successo.

Si è spento in Roma il principe ing. sen. GELASIO CAETANI, presidente della Società per gli studi della malaria. Gl'italiani ricordano che si distinse molto durante la Guerra. Fu ambasciatore d'Italia a Washington.



## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 5 Novembre 1934 - XIII Num. 44

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## NOTE E CONTRIBUTI

R. CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE - ROMA
diretta dal Prof. T. PONTANO
REPARTO CHIRURGICO DELL'ISOLAMENTO
DEL POLICLINICO UMBERTO I.

### Le tiroiditi acute.

Dott. CARMELO SPAMPINATO
Chirurgo aiuto degli Ospedali Riuniti di Roma.

La tiroidite acuta è una malattia rara. È notevole che in un centro dove il gozzo è frequentissimo, a Basilea, Hagembuch, su 45,953 malati medico-chirurgici, ha riunito 43 casi di infiammazione acuta della tiroide, di cui 39 in gozzuti e solo 4 in tiroide apparentemente normale. Clute e Smith, su 112 casi di malattie della tiroide, videro solo un caso di infiammazione acuta purulenta della tiroide e, su 3000 casi di operazioni sulla tiroide, solo tre vennero operati per ascesso della tiroide. Per tale rarità e per alcune considerazioni speciali che esporremo, ci sembra opportuno pubblicare due casi di tiroidite acuta occorsici, con l'intervallo di pochi giorni nel servizio dell'Isolamento del Policlinico:

CASO I. — G. Giuseppe, di anni 39, da Roma, contadino, ammogliato.

Entra in Ospedale il 30-6-1932. Nell'anamnesi remota c'è una pleurite purulenta nel '19 per cui fu operato di costotomia, e febbri malariche nel '20. Nega lues e malattie veneree. L'attuale malattia cominciò 10 giorni fa con dolore alla parte sinistra della regione anteriore del collo. La voce si era fatta un po' rauca e si iniziò, dopo qualche giorno, febbre moderata. Si aggiunse, quindi, difficoltà alla deglutizione. L'esame obiettivo dimostra: collo leggermente piegato a sinistra, una tumefazione diffusa, sopratutto a carico della metà sinistra del collo e della parte mediana. La cute è di aspetto normale e scorrevole sul piano sottostante. La tumefazione è dolentissima, di consistenza molle elastica, liscia, mobile nei movimenti di deglutizione. Non si palpano linfoghiandole. L'esame laringoscopico dava: mucosa normale. Lieve difetto di tensione della corda vocale sinistra. Il resto dell'es. ob. nulla dava d'importante, l'esame delle urine: negativo per elementi patologici.

L'esame del sangue dava: 12.000 leucociti, con modica polinucleosi. La febbre, all'ingresso, era a 38,4; essa saliva ben presto a 39 e oltre, per cui, con diagnosi di ascesso della tiroide, si decise

l'intervento che eseguii in anestesia locale novocainica.

Con incisione trasversale, scoperti i muscoli sternoiodei e sternotiroidei e isolatili sulla linea alba, incisi quelli di sinistra trasversalmente e scopersi così il lobo sinistro della tiroide che appariva fortemente aumentato di volume (quanto una grossa noce), rosso-scuro e con vasi dilatati serpeggianti sulla superficie. Previa puntura esplorativa che ritirò pus fetido, denso, grigio-rossastro, feci una piccola incisione in pieno lobo, che allargai quindi per via smussa. Uscì un cucchiaio circa di pus. Drenaggio con tubo. Chiusura parziale della parete.

La febbre persistette altri due giorni, per cui disunii la zona suturata della incisione operatoria e allora la febbre cadde, la deglutizione divenne più facile. In 6ª giornata, nel cambiare la medicatura, si presentò una emorragia 2ª, con perdita di circa 200 grammi di sangue, che si arrestò col tamponamento della ferita. Dopo 48 ore si produsse una nuova emorragia, stavolta spontaneamente, durante la notte. Nei due giorni che seguirono, di quando in quando, l'emorragia si presentava, per cui aggravandosi le condizioni generali e facendosi il polso molto debole, decisi un reintervento: con taglio longitudinale lungo i vasi del collo, si scoprì il fascio nerveo-vascolare e si trovò una erosione a tutto spessore della vena giugulare interna, in corrispondenza del focolaio flemmonoso stabilitosi nel connettivo periviscerale. Tale erosione, grande come una lenticchia, era in parte tappata da coaguli sanguigni e lembi di tessuto necrotico, ma, appena liberata la vena, in via ottusa, un fiotto di sangue usciva dalla zona di perforazione, per cui si fece una legatura laterale della parete venosa della giugulare. Da allora non si ebbe più emorragia. La febbre, moderata per due giorni, scomparve quindi definitivamente. La ferita drenata con tubi, attraverso a un periodo di suppurazione franca, finì col rimarginarsi completamente e l'individuo uscì guarito il giorno 9-8-1932, cioè, dopo poco più di un mese dall'ingresso.

CASO II. — Piacentina D. F., di anni 43, da Roma. Entrò in Clinica il 20-8-1932. Anche questa 11 anni fa fu operata di empiema destro. In gennaio u. s. ebbe polmonite a destra di cui è guarita in circa 18 giorni. Poi è stata bene fino a 20 giorni fa. L'attuale malattia si iniziò con dolore puntorio alla regione antero-esterna del collo; tale dolore gradatamente aumentò e comparve forte disfagia; 4 giorni prima dell'ingresso comparve febbre che si manteneva sui 38, non preceduta da brivido; tale febbre declinava il mattino per aumentare nel pomeriggio. Si accorse, inoltre, che il collo si tumefaceva e, insieme alla disfagia, notava abbassamento della voce. Durante la degenza si aggiunse otalgia destra. L'esame obiettivo dava una tumefazione diffusa della regione tiroidea, specie però a sinistra. Tale tumefazione, certamente a carico della tiroide, perchè, oltre a ripeterne la forma, si innalzava e si abbassava coi movimenti di deglutizione, era coperta da pelle di aspetto normale, spostabile sui piani sottostanti, non arrossata, nè a temperatura elevata. La pressione sulla tumefazione era dolorosa in parecchi punti, ma in modo diffuso; essa era liscia, elastica, non pulsante, spostabile solo insieme col tubo laringo-tracheale. L'esame laringoscopico era negativo. Non ingorgo linfoghiandolare, si aveva però turgore della tonsilla linguale e delle pliche glosso-epiglottiche, prevalentemente a destra, forse per un ascesso o almeno per un'infiltrazione della base della lingua. La febbre, all'ingresso, era circa a 38, durò per quattro giorni e poi scomparve. Si fece diagnosi di tiroidite acuta non suppurativa. Tuttavia si praticò una biopsia e, con piccolo taglio trasversale, costatammo che la tiroide era in toto ingrossata, non deformata, congesta, duro-elastica, non presentando alcuna zona di rammollimento. Fu prelevato un frammento di tiroide per esame istologico e culturale, e si seminò una parte di essa in brodo. Chiusura e guarigione per prima. L'ammalata uscì il 17-9-1932, poichè la tumefazione della tiroide era pressochè scomparsa e i dolori cessati.

*Reperto istologico*: Mentre nel primo caso si trattava di tiroidite suppurativa e non abbiamo fatto alcun esame istologico, del secondo caso, trattandosi di tiroidite non suppurativa, abbiamo creduto utile riportare il reperto istologico, dovuto alla cortesia del prof. Vernoni che ha voluto descriverlo:

« L'architettura della tiroide è profondamente alterata. Il parenchima appare suddiviso in tanti lobuli irregolari, per effetto di una proliferazione notevole del connettivo interstiziale. Alcuni di questi lobuli sono formati da alveoli di aspetto pressochè normale, cioè rivestiti da epitelio cubico o appiattito e ripieni di colloide omogenea; altri, invece, sono profondamente alterati; il connettivo è proliferato e gli alveoli sono scarsi e, in una gran parte di essi, si trova una proliferazione sia dell'epitelio, sia di tessuto di granulazione tendente a riempire e ad occludere l'alveolo; irregolarmente distribuiti nel tessuto interstiziale, si trovano numerosi focolai flogistici, costituiti da elementi istiocitari ed essudativi, ma in nessun caso si notano accenni a focolai suppurativi.

In alcune zone, poi, si notano fatti di proliferazione connettiva interstiziale con l'aspetto di processi di lunga data. I nuclei dei fibroblasti, ipercromatici, appaiono allungati e quasi filamentosi, essendo compressi fra le fibre collagene.

In uno dei lobuli più gravemente alterati si nota una strana trasformazione dell'epitelio alveolare, costituita da una serie regolare di canalicoli rivestiti da epitelio, completamente vuoti e circondati da tessuto connettivo ialino che si colora come la colloide ».

Dall'esame istologico bisogna trarre alcune considerazioni: malgrado l'andamento clinico netto di malattia acuta, date le alterazioni riscontrate: proliferazione del connettivo interstiziale con i caratteri di un processo di lunga data, bisogna ammettere o che il processo infiammatorio siasi iniziato prima ancora della comparsa dei sintomi clinici, o che preesistesse, alla *poussée* acuta, un processo infiammatorio cronico che sia servito, anzi, di richiamo alla nuova infezione.

Tuttavia, se ci riportiamo alle esperienze di Roger e Garnier del 1899 che riprodussero sperimentalmente la tiroidite suppurativa e non suppurativa, mediante inoculazione di germi

comuni o attenuati nelle arterie tiroidee dei conigli, troviamo una forma di tiroidite sperimentale, detta interstiziale, ottenuta con iniezioni di germi a virulenza attenuata, che ha qualche somiglianza con la forma istologica sopra descritta. Gli AA. descrissero alterazioni delle pareti vascolari (ispessimento e infiltrazione leucocitaria), *formazioni nodulari infiammatorie* nel connettivo, il quale si ispessisce e, *sin dall'8° giorno*, la sclerosi si organizza in forma di cordoni di tessuto connettivo lasso, disseminati di numerose cellule fusiformi che circondano ad anello le vescicole tiroidee, le dissociano, le soffocano. Se è vera l'affermazione di Berard che le lesioni osservate nella tiroidite umana sono pressochè sovrapponibili a quelle ottenute sperimentalmente negli animali, bisogna tener conto di questa precocità di evoluzione verso la sclerosi (in 8ª

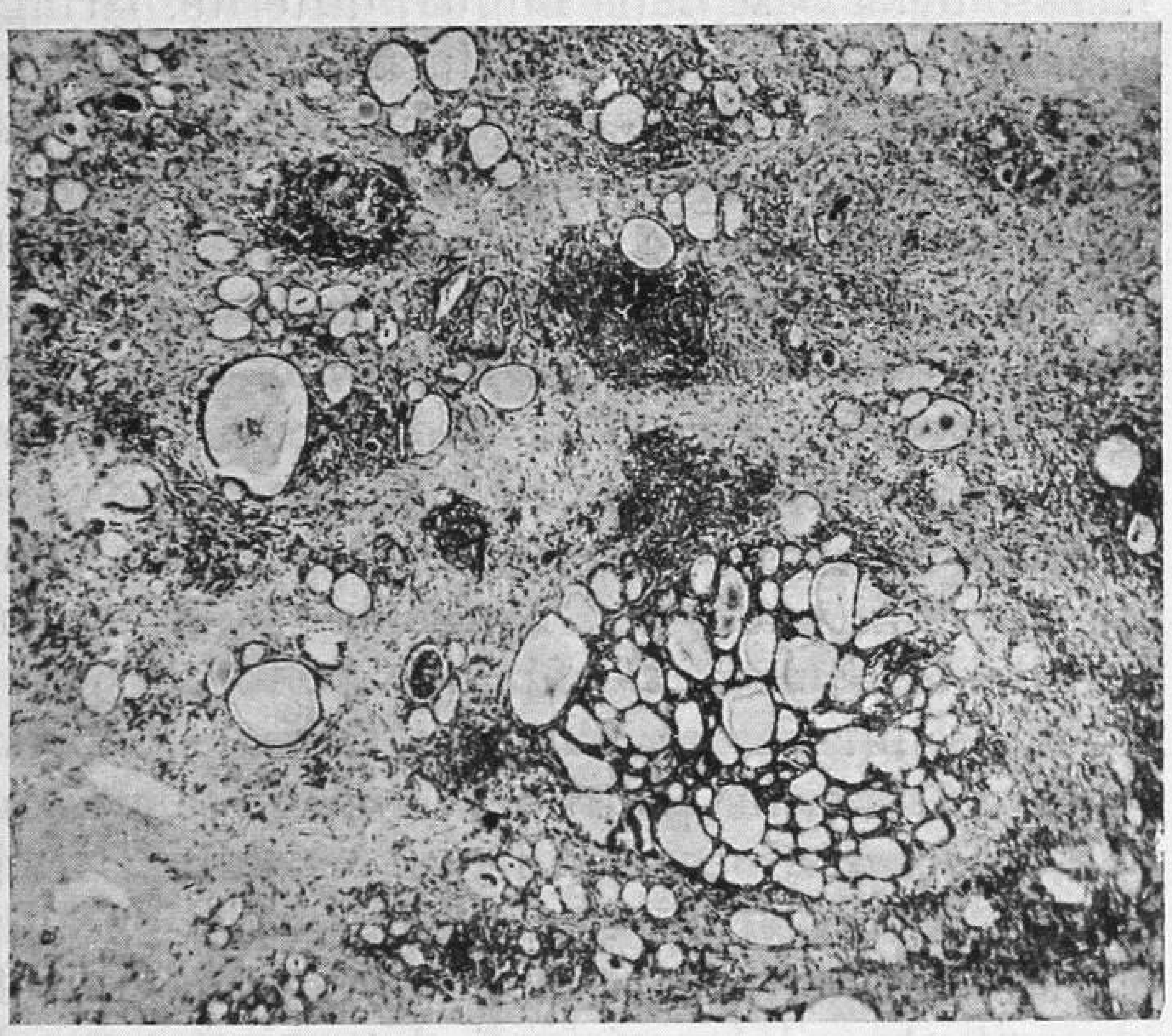


FIG. 1. — Gravi alterazioni della struttura ghiandolare; qua e là residuano singoli follicoli o gruppi di follicoli ancora conservati. Nel resto, tessuto connettivo più o meno sclerotico e accumuli nodulari di elementi flogistici.

giornata) che si osserva in certe infezioni tiroidee sperimentali e non affrettarsi, quindi, a catalogare tra le tiroiditi subacute o croniche questi casi in cui il reperto istologico mostra una apparente anzianità di lesioni che non concorda con l'andamento clinico della malattia, e che si potrebbe, talora, attribuire a speciale reazione dei tessuti, in rapporto ad attenuata virulenza dei germi in causa.

Un'altra considerazione utile si ricava nel caso nostro dal comportamento dei diversi elementi costituitivi del tessuto tiroideo di fronte alla causa infettiva: mentre nelle infezioni gravi, virulente si ha necrosi degli epiteli poi, reazione essudativa nel connettivo, con formazione di focolai suppurativi, nelle forme attenuate si ha che gli epiteli alveolari, in alcune zone, non sono alterati, in altre presentano proliferazioni epiteliali verso la cavità follicolare, contemporaneamente alla proliferazione del connettivo a tipo perilobulare, interacinoso e anche intrafollicolare, come si vede nella fig. 2, in cui si osserva tessuto di granulazione che irrompe in un follicolo, riempiendone parzialmente la cavità, ancora ricca di colloide. Quindi il connettivo proliferante può distruggere i follicoli sia rinserrandoli in un anello connettivo che li soffoca e li schiaccia, sia penetrando nel follicolo stesso e sostituendosi alla sua cavità.

Infine la fig. 3 ci dimostra una serie di canalicoli rivestiti da epitelio, vuoti e circondati da connettivo jalino.



FIG. 2. — Follicolo tiroideo in via di sostituzione. È ancora visibile l'epitelio di rivestimento, ma da un lato vi è un'invasione di elementi che si approfondano nella colloide, sostituendola. Tutto intorno al follicolo grande accumulo di nuclei deformati di cellule connettivali (sclerosi).

Rappresenta essa delle vescicole schiacciate e allungate dalla proliferazione del connettivo perifollicolare, o piuttosto delle figure di rigenerazione quali si osservano nelle tiroiditi croniche, e, a volte, anche nelle acute, in forma di nodi adenomatosi che si preparano con la loro ulteriore secrezione a sostituire la funzione delle vescicole distrutte?

In conclusione ci sembra di potere affermare che nelle tiroiditi acute non suppurative, si hanno, accanto a processi distruttivi dei follicoli, proliferazioni di epiteli vescicolari, proliferazione del connettivo, scarsi fatti essudativi, caratteri istologici intermedi tra le forme acute e le croniche, sicchè difficile è, a volte, sta-

bilire limiti netti tra le due forme, che possono passare l'una nell'altra.

ETIOLOGIA. — Nei due casi suddescritti si tratta, dunque, di tiroidite acuta e non di strumite perchè il processo infiammatorio acuto è insorto su glandola apparentemente sana. Il gozzo, infatti, ha un'importanza predominante nello sviluppo della infiammazione acuta della tiroide. Secondo Klose, anzi, è il gozzo colloide, nodulare il più disposto, poichè i vasi sarebbero frequentemente degenerati, l'afflusso sanguigno insufficiente e ciò costituirebbe un locus min. res. per l'infezione. Nei paesi gozzosi, infatti, le infiammazioni acute delle tiroi-

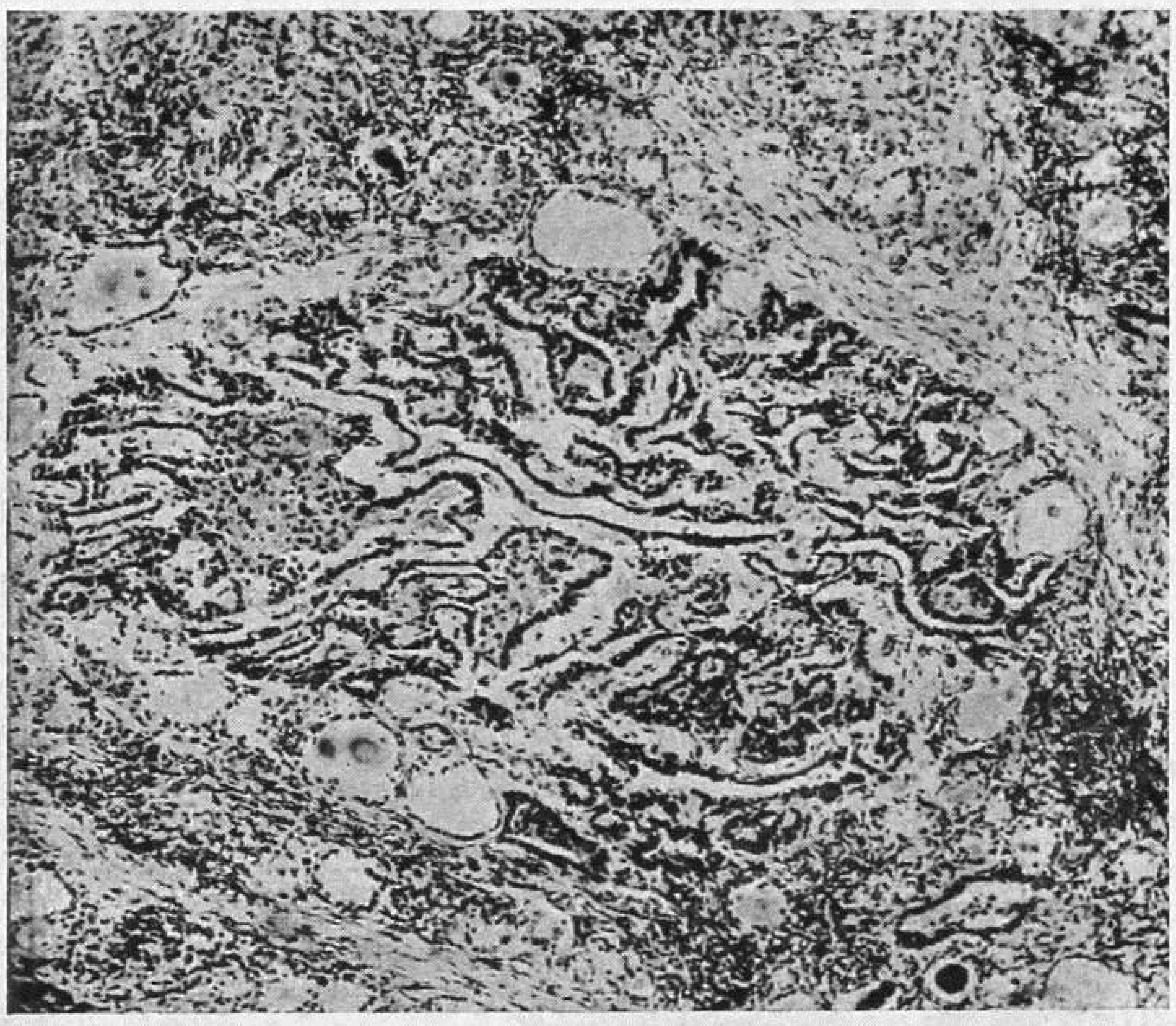


FIG. 3. — Zona nella quale i follicoli si sono trasformati, da sferici che erano, in cavità o fessure tortuose e irregolari tappezzate da epitelio.

de sono frequenti, e in grandissima maggioranza in portatori di gozzo, mentre da noi, ad esempio, sono abbastanza rare. Non bisogna, tuttavia, dare un valore assoluto alla distinzione tra strumite e tiroidite, poichè, un individuo, anche clinicamente immune da gozzo, può presentare dei nodi adenomatosi, senza contare che anche una glandola tiroide anatomopatologicamente normale, può non esserlo dal punto di vista funzionale. Però, fatte queste riserve, è bene mantenere la distinzione clinica suaccennata. E diremo che i nostri casi erano da ascriversi alle tiroiditi per l'anamnesi, per il reperto della esplorazione operatoria, per l'assenza dei segni comuni del gozzo. *L'età* predominante per tali infezioni acute è l'età media della vita. L'età, cioè, in cui la glandola subisce dei mutamenti funzionali e anatomici, legati in parte con le modificazioni della vita sessuale. Nei bambini e nei vecchi son descritte le tiroiditi acute, ma per lo più a decorso attenuato e torpido. Ma se l'età e il gozzo e tanti altri momenti (il freddo, gli sforzi, i traumi lievi e prolungati sul collo) sono da considerare come predisponenti, gli agenti efficienti sono i vari germi che possono capitare nella tiroide.

E anzitutto bisogna ritenere che, se ci sono delle tiroiditi acute clicamente 1.ve, in realtà quasi tutte sono 2.ie ad un'altra malattia, riconoscono, cioè, una lesione di un viscere o una infezione generale come punto di partenza alla infezione tiroidea. Non restano così, di 1.ve, che quelle dovute ad una ferita infetta del collo nella regione tiroidea: cioè, per inoculazione diretta (e nella recente guerra se ne osservò qualche caso) e, poi, per iniezioni di jodio (strumiti). La causa più frequente delle tiroiditi acute è una infezione delle vie aeree superiori (angina semplice, angina di Vincent, ascesso della base della lingua, difterite, laringotracheite, bronchite, influenza), o inferiori (polmonite, ascesso polmonare), o infezione dell'apparato digerente (lesioni dell'esofago, gastro-enteriti ecc.). È classico affermare che nel tifo sia frequente l'insorgenza della tiroidite (Lebert, Hoffmann, Liebermeister). Tuttavia Hagenbuch, su 173 casi di tifo, non vide alcuna tiroidite. Su 1643 casi di influenza la stessa A. nota solo tre casi di tiroidite acuta. Pure le infezioni puerperali dànno la tiroidite acuta (Vallois e Roume). Infine c'è la forma piemica, la reumatica, la malarica (Zesas), in breve, tutte le malattie eruttive e contagiose possono provocare l'insorgenza di una tiroidite. Ora, è interessante stabilire per quale via avviene l'infezione della tiroide. È notevole rilevare che questa ghiandola priva di dotto escretore che la metta in comunicazione con le cavità naturali sia meno soggetta delle glandole a secrezione esterna ad ammalarsi, il che dimostra la importanza della via canalicolare nell'infezione di queste (Clute e Smith).

La secrezione stessa della tiroide pare abbia potere bactericida ed anche questo spiega la rarità dello sviluppo delle infezioni in essa. La persistenza del dotto tireoglosso è rarissima, quindi pochissimi casi sono da riportarsi a questa via. La via arteriosa è quella più frequentemente seguita dalle infezioni e spiega bene le tiroiditi consecutive a processi infettivi di organi lontani (polmoni, intestino, utero). La via venosa è, secondo Berard, prescelta nelle infezioni dalle vie aeree superiori « le cui vene profonde, avalvolari servono la tiroide, l'esofago e la trachea ». E vorrei qui aggiungere un particolare anatomico: la vena linguale che porta il sangue venoso della lingua, al suo im-

bocco nel tronco comune tiro-linguo-facciale sta quasi in continuazione diretta con la vena tiroidea superiore, in guisa che ques'ultima sembra il proseguimento della linguale e allora è facile che un embolo micotico, anzichè in circolo per la giugulare, passi, invece, nella vena tiroidea superiore come embolia retrograda. Si potrebbe anche pensare ad una diffusione per trombosi venosa.

Tuttavia nel primo caso da me operato, ho voluto ispezionare la vena tiroidea superiore: questa appariva di aspetto normale, non era trombosata ed incisa tra due legature presentava un lume di calibro regolare. L. H. Meeker ritiene che una faringite o tracheite possa estendersi alla tiroide per via del sistema post-branchiale. Sarebbe interessante, nei casi di tiroidite, come, ad es., il nostro 2° caso, dove, oltre alla tiroidite si trovò una infiammazione della base della lingua, ricercare durante l'intervento una eventuale persistenza del dotto tireoglosso. Nel 1° caso noi fummo colpiti dal reperto batteriologico che dette una ricca flora di germi associati: stafilococchi, streptococchi, bacilli anaerobi, di diversa morfologia, si trovarono contemporaneamente; in una parola si ebbe lo stesso reperto di una suppurazione del faringe, o dell'esofago, o del cavo boccale. Naturalmente questa abbondanza e varietà di germi ci faceva escludere una infezione giunta alla tiroide per via ematica. E anche quella per via linfatica. Ci vuole una comunicazione diretta tra tiroide e un organo cavo (faringe, esofago, trachea), per spiegarla.

In questo caso pensammo che, malgrado l'esame faringo- e laringoscopico negativo, ci dovesse essere stata qualche ferita accidentale, ad es. per corpo estraneo deglutito, del faringe-esofago che avesse inoculato la tiroide. Il sospetto fu confermato, in certo modo, quando, malgrado l'incisione dell'ascesso tiroideo, il malato cominciò ad emettere dalla bocca del pus di cattivo odore per qualche giorno. Praticammo anche un esame radiologico, e facemmo inghiottire dei liquidi colorati per vedere di raccoglierli poi attraverso il cavo ascessuale. Ma non si ottenne nulla di positivo. Forse l'esofago-scopia avrebbe potuto mostrarci la porta d'ingresso dell'infezione.

Nel 2° caso, dalla cultura si sviluppò un germe di inquinamento e non riuscimmo a isolare alcun germe efficiente sicuro.

*Sintomatologia*: I sintomi generali d'inizio sono: la febbre spesso con brivido, cefalea, ronzio agli orecchi e vertigini, i sintomi locali, si annunziano con dolori alla regione anteriore del collo. Talora con irradiazioni in basso verso le spalle, o in alto verso la nuca, o all'orecchio (otalgia). Il dolore in certi casi è unilaterale. Il malato tiene la testa un po' piegata in avanti o di lato e spesso se la regge con le mani per rilasciare i muscoli pretiroidei. Lahey dà importanza al modo come inghiottiscono questi malati. Essi tendono la testa in avanti e abbassano il mento per rilasciare appunto i muscoli pretiroidei che, premendo sulla tiroide, sede di ascesso, aumentano il dolore.

La disfagia è frequentissima e fu notata nei nostri casi. Il collo è tumefatto nella parte media e anteriormente o, manifestamente, più da un lato. La palpazione fa apprezzare una maggior consistenza della glandola, non già una fluttuazione, anche quando l'ascesso è formato, poichè esso è profondo. Importante è che la tumefazione si sposta insieme con la trachea in senso verticale (deglutizione) e trasversalmente. Il calore, l'arrossamento dei tegumenti, l'edema son tutti sintomi tardivi. La presenza di linfoghiandole della catena giugulare ingorgate è stata descritta. Aumentando la tumefazione, si aggiunge dispnea, tosse e voce rauca sino all'afonia. La leucocitosi è frequente. Sintomi di ipertiroidismo si osservano talora o passeggeri o persistenti anche dopo la guarigione dell'ascesso. Il decorso ulteriore è o la risoluzione, o l'esito in ascesso annunziato dall'aggravamento dei sintomi generali e della febbre.

Le complicazioni dell'ascesso tiroideo possono essere parecchie: esso può aprirsi nelle vie naturali (esofago, trachea) o invadere lo spazio peri-viscerale del collo, il che porta al flemmone profondo del collo, con frequente diffusione al mediastino. Anche l'ulcerazione dei vasi profondi del collo è una complicazione temibilissima, notata già da Tailhefer e da Lejars. Questi ha perduto, infatti, un malato per ulcerazione della giugulare interna e della carotide. Nel nostro primo caso l'ulcerazione della giugulare interna, malgrado l'apertura ampia dell'ascesso all'esterno, fu dovuta alla diffusione del processo flemmonoso nel connettivo peri-tracheo-esofageo. Fortunatamente si riuscì in tempo a fermare il susseguirsi delle emorragie. In questo caso io ero stato tentato di fare l'asportazione totale del lobo tiroideo, senza aprire l'ascesso contenutovi, a simiglianza di quello che si fa talora nella strumite suppurata (strumectomia primitiva a caldo). Con tale metodo avrei evitato la complicanza grave su descritta che, però, fortunatamente è rara, e avrei guarito più rapidamente il malato. Tuttavia mi sono voluto attenere al trattamento classico della tiroidite suppurata: incisione e drenaggio.

RIASSUNTO.

L'A. segnala la rarità, specie in Italia, delle infiammazioni acute della tiroide. Riporta due casi, uno con esito in suppurazione, l'altro a tipo infiammatorio infiltrativo e proliferativo. Dai caratteri istologici di quest'ultimo caso si rileva, perciò, una profonda alterazione dell'architettura tiroidea, malgrado il breve decorso clinico. L'etiologia, la quistione delle vie seguite dall'infezione per raggiungere la tiroide, vengono brevemente trattate. Per la cura, si accenna, nelle forme suppurative, unilobari, alla utilità, in certe condizioni, di una lobectomia l.va a caldo, a simiglianza della strumectomia l.va a caldo di certi AA.

BIBLIOGRAFIA.

BEILBY. *Acute tiroiditis.* Albany M., a. 1919.
BRUGGEMANN. *Laringeal pericondritis simulating thiroiditis.* Deutch Med. Woch., 1920.
BULLOWA. *A case of thiroiditis acute.* Med. Clin. n. Am. 1921.
CALICETI. *Su un raro caso di ascesso della tiroide 2a a setticem. otitica.* Policlinico, 1918.
CARNOT et BLAMOUTIER. *Thiroidite suppurée à bacille paratyphique B.* in Bull. et mem. soc. med. des Hôpitaux, Paris, 1923.
DUTTMAN. *Paral. B. tiroiditis.* Münch. Med. Woch., 1924.
EDWARD. *Acute infect. thiroid.* J. Am. med. Assoc., 1921.
FUNK. *Acute Thyroid.* Prog. Med. Phila, 1921.
GILMAN. *Acute thyroid. suppuralive.* Californ. State, M. P., 1921.
GREENBERG. *Metast. abscesses of the thyroid assoc. w. ipertiroid.*, 1920.
GRIMAULT. *Suppurat. strumitis during puerper infect.* Ginecol. et obstetr., Paris, 1922.
HAGENBUCH. *Contributo alla conoscenza della strumite.* Mitt. a. d. Grengeb. d. Med. u. Chir., 1921, XXX, 181.
KLOSE. *Infiamm. acuta della tiroide.* Berl. Klin. Woch., 1920, ivii, 202.
KUMMER. *Pneumococcus thiroiditis.* Rev. med. de la Suisse Romande, 1920 .
KYLE. *Abscess of the thiroid gland.* Med. Times N. Y.. 1917, XLV, 259.
LAHEY. *Thiroid abscess.* Boston Med. & Surg. J., 1917, CLXXVI, 94.
LEMIERRE e TABERLET. *Thiroïdite suppurée à bac. paratiphe B* in Bull. et mem. soc. med. des Hôp., Paris, 1913.
MEEKER L. H. Am. Journ. Path., 1925, I, 57.
CLUTE and SMITH. *Acute tyroiditis.* Surg. Ginec. and. Obstetr., 1927.
COLZI. *Contributo allo studio della tiroidite suppurata post. tifica.* Lo Sperimentale, 1891.
GAILLARD. *Thiroidite grippale.* Soc. med. des Hôp., Paris, 1895.
SMELTON. *Thiroidite grippale.* Brit. Med. Journ., 1895.
ROBERTSON. *Acute thiroiditis.* The Lancet, 1911, p. 1570.
LUBBISCK. *Tiroidite acuta come complic. delle angine.* Berl. Klin. Woch., 1900, p. 939.
HÖNSELL. *Tiroidite metapneumon.* Beiträge zur Klin. Chir. Bd., 20, 3, 1898.
SABITT. *Thiroidite d'origine pneumococc.* Thes de Genéve, 1906-7.
AUSSET. *Thiroidite Rhumatismale.* Soc. de ped., 13 avr. 1907.
DE QUERVAIN. *Tiroidite acute non suppur.* XXXI Congresso della Soc. Tedesca di Chirurgia, 1902.
PARISOT. *Les thiroidites aigües et leur complications vasculaires.* Presse medic., 1910.
SIMONIN. *Thiroidite curlienne.* Soc. Méd. d. Hôp., 19 avr. 1901.
DESJACQUES et F. BERARD. *Ouverture de strumite suppurée dans le pharinx.* Presse médicale, décembre 1930.
FIGURELLI. *Strumite suppurata pneumococcica.* Gli incurabili, 1933.

---

# OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA-SAMPIERDARENA
REPARTO DI CHIRURGIA GENERALE
diretto dal Prof. G. LUSENA.

## Sopra un caso di cosidetta "appendicite verminosa".

Dott. TITO TOSONOTTI, aiuto chirurgo.

L'importanza degli elementi nella patologia infantile ed anche in quella degli adulti fu anticamente e per lungo tempo delle più importanti; si attribuivano alla presenza di essi nell'organismo le malattie più strane. Nei secoli XVII e XVIII bastava che una qualunque malattia fosse accompagnata dalla presenza di vermi per farla rientrare nel quadro delle affezioni verminose, e fu così che diverse epidemie verificatesi in Italia, Francia, Olanda e Germania, dal 1760 al 1769, furono attribuite agli elminti.

Nel XIX secolo, però per lo scetticismo subentrato alle esagerazioni del passato e per l'entusiasmo e sopravvento della scoperta di Pasteur degli agenti specifici dei processi infettivi, si cadde nell'eccesso opposto e si volle negare agli elminti ogni potere patogeno, cancellandoli pressochè dal quadro nosologico.

In seguito, per una migliore conoscenza della biologia degli elminti e per precise e numerose osservazioni cliniche, specie per parte di chirurgi, gli elminti riacquistarono il giusto posto che loro compete come causa patogena, oggi ancora, tuttavia, in patologia chirurgica è data poca importanza all'elmintiasi, ed i trattati anche recenti ne accennano molto sommariamente.

Fa eccezione il recente trattato di Patologia chirurgica del Perez, nel quale un'ampia parte è dedicata alle malattie da parassiti animali

ed un capitolo alla ascaridiosi, che è quella che qui ci interessa. Una trattazione completa, poi, delle complicazioni chirurgiche provocate dagli ascaridi è fatta nell'accurata monografia del Ruggeri. All'infuori di questa, esistono sparse note ed illustrazioni cliniche nelle varie riviste.

Potrebbe sembrare dalla scarsa importanza data all'elmintiasi nei trattati che gli elminti, e gli ascaridi in particolare, rappresentino un'entità patogenetica trascurabile, ma se è vero che essi possono soggiornare nell'organismo ospite senza provocare il più delle volte disturbi apprezzabili, è pur vero che possono provocare complicazioni generali e locali assai gravi ed a volte mortali.

Non pensare poi in certi casi alla possibilità della loro presenza nell'intestino di un ammalato: può portare ad errori diagnostici e terapeutici, ad interventi operativi non sempre innocui.

Fra gli accidenti provocati dagli ascaridi sono certamente molto importanti quelli di ordine chirurgico, che possono insorgere da parte dell'intestino.

Le osservazioni a questo riguardo si riferiscono a casi di strozzamento erniario, di occlusione, di volvolo, di invaginazione, di perforazione intestinale, di appendicite. Queste due ultime evenienze sono le più discusse e controverse, per cui ritengo utile rendere noto il caso da me osservato, quale contributo clinico, per dimostrare ancora una volta l'azione patogena degli ascaridi nelle lesioni appendicolari.

Si tratta di un bambino seienne nel quale ad un classico attacco appendicolare susseguì un ascesso con eliminazione di un ascaride.

P. Gian Lorenzo, di anni 6, da Campomorone. Nulla di notevole nel gentilizio. A 8 mesi broncopolmonite. Va soggetto ad ascaridiosi, i parenti si sono accorti due volte di emissione di ascaridi.

Il giorno 28 febbraio 1927, al mattino, avvertì improvvisamente un forte dolore alla fossa iliaca destra. Somministrato subito un purgante, che provocò abbondante evacuazione, ma senza emissione di ascaridi, comparve alla sera febbre elevata e si accentuarono i dolori alla fossa iliaca, localizzandosi più nettamente in corrispondenza del punto di Mac-Burney. Chiamato un sanitario, questi ordinò un altro purgante che ebbe l'effetto di provocare il vomito e di accentuare i dolori. Poichè le condizioni del piccolo ammalato andavano peggiorando T. 39°,5, P. 130, fu chiesto il consulto di uno specialista pediatra, il quale fece diagnosi di appendicite acuta ed istituì una cura medica, dieta idrica assoluta, vescica di ghiaccio all'addome, oppio.

Col nuovo trattamento, le condizioni gradatamente migliorarono, cessò il vomito, si abbassò la temperatura, il polso si fece meno frequente, e dopo circa otto giorni temperatura e polso si erano fatti pressochè normali. Però il dolore, che era andato diminuendo alla fossa cecale, si localizzava e si accentuava verso il fianco destro, mentre l'arto inferiore omonimo aveva assunto un atteggiamento di flessione sul bacino, essendo molto dolorosa l'estensione. L'alvo, dopo un periodo di arresto, si era fatto normale. Rivisitato in consulto dallo specialista pediatra, questi ne ordinò il ricovero in Ospedale per intervento, avendo diagnosticato un ascesso di origine appendicolare alla regione iliaca destra.

Alla sua entrata il 12-III-1927 si riscontra: aspetto tossico, nulla di notevole ai diversi apparati. Addome meteorico, palpabile, lieve reazione di difesa a destra. È dolorabile la pressione in corrispondenza del quadrante addominale inferiore di destra e più spiccatamente verso il fianco, ove si rileva che in detto punto la regione è più prominente che a sinistra.

La cute non presenta evidenti segni flogistici, salvo un lieve strato di succulenza. Alla parte supero-esterna della regione iliaca, nel pnuto più prominente già rilevato, colla palpazione bimanuale, che provoca vivo dolore, si apprezza senso di fluttuazione profonda. Dato il referto obbiettivo clinico ed il carattere della temperatura intermittente, si fa diagnosi di ascesso latero-colico di origine appendicolare e si decide l'intervento.

Operazione il 15-III-1927. Anestesia generale, cloruro etilica; oncotomia. L'incisione comprende la cute, il sottocutaneo ed i muscoli grande, piccolo, obliquo e trasverso, incisi i quali fuoriesce abbondante quantità di pus, di aspetto cremoso. Si drena con garza la cavità ascessuale, prelevando prima asetticamente, per esame culturale, il pus che fuoriesce.

L'esame culturale eseguito nel gabinetto anatomo patologico dell'ospedale, prof. Rossi, dimostra sviluppo di forme cocciche gram positive, disposte a catenella, del tipo morfologico dello streptococco.

Nei due giorni susseguenti all'operazione la temperatura è andata rapidamente diminuendo fino a raggiungere l'apiressia al terzo giorno. Il giorno 20-III però, si ebbe un rialzo termico vespertino e nei giorni 21 e 22 la temperatura si fece nuovamente intermittente, raggiungendo i 38° alla sera. Il giorno 23 mattina, nell'eseguire la medicazione, ed esplorando cautamente col dito la cavità ascessuale per escludere recessi con ristagno purulento, estrassi, con non poca sorpresa, un'ascaride morto in perfetto stato di conservazione, della lunghezza di circa 12 cent. La temperatura raggiunse in seguito, rapidamente, l'apiressia, la secrezione andò pure rapidamente diminuendo e l'ammalato lasciò l'ospedale completamente guarito il 24-IV-1927 dopo circa 40 giorni di degenza, consigliando noi la mamma a fare operare il bambino di appendicectomia, dopo circa 3 mesi.

Durante la degenza e dopo parecchi giorni di apiressia e assoluto benessere, poichè il rapporto fra ascaride ed appendicite mi era parso assai chiaro, feci praticare un esame radioscopico per accertare, innanzi tutto, che il processo infettivo e quindi la perforazione avesse interessato realmente l'appendice, poichè si sarebbe potuto obbiettare che la lesione avrebbe potuto interessare anche il cieco, il colon od altra parte dell'intestino, inquanto il quadro clinico, benchè tipico per manifestazione, decorso e sede di una flogosi appendicolare, poteva anche essere riferito ad una

lesione infettiva e perforativa di altro segmento intestinale. L'esame eseguito nel gabinetto radiologico dell'ospedale diretto dal prof. Bianchi, ha dato il seguente referto: « Nulla allo stomaco « ed al duodeno. Nulla al tenue intestino. Il cie- « co è spostato leggermente verso l'avanti e verso « la linea mediana fisso, ma non presenta irre- « golarità di contorno. Il colon ascendente segue « in parte il cieco nel suo spostamento. L'appen- « dice non si è mai vista iniettata in alcuno dei « numerosi esami eseguiti. Il sigma è stirato ver- « so destra e si allontana difficilmente dal cieco « e dall'ascendente, da cui dista solo un centime- « metro circa. Neppure colla palpazione profonda « della fossa iliaca si riesce a maggiormente dif- « ferenziare tali segmenti. La canalizzazione del « crasso è normale. Nessuna traccia di bario si fa « strada dalle anse intestinali alla cavità asces- « suale ».

Il quadro radiologico si sovrappone esattamente al quadro clinico. L'invisibilità dell'appendice, la deviazione e fissità del cieco, le aderenze sigma cieco coliche sono segni indubbi di una appendicite e di una peritonite circoscritta, recente. Il fatto di non rilevare alcuna alterazione di contorno del cieco e del colon, di non aver potuto mettere in evidenza alcuna traccia di bario da alcun punto del lume intestinale verso la cavità ascessuale ha pure un certo valore, anche se si volesse obbiettare che la eventuale perforazione intestinale avrebbe potuto, alla epoca dell'esame radioscopico, fatto in vero assai precocemente (a dieci giorni dall'oncotomia, a due dal rinvenimento dell'ascaride) già essere cicatrizzata.

Nonostante l'esame radiologico assolutamente probativo per una lesione appendicolare e che non si poteva non mettere in rapporto con l'ascaride rinvenuto nell'ascesso, non mi ero deciso ad illustrare allora il caso, desiderando attendere il riscontro operatorio, che in verità si fece assai attendere. Il bambino, dopo la sua dimissione dall'ospedale, stette sempre bene e la mamma aveva già completamente dimenticata la nostra raccomandazione di farlo operare di appendicectomia, quando, nel marzo 1932, insorsero dolori addominali con febbre, durata 4 o 5 giorni, che allarmarono la mamma, la quale, preoccupata, temendo il ripetersi di gravi complicazioni, si decise per l'operazione di appendicectomia. Il piccolo paziente rientra in reparto il 23-VII-1932. L'esame clinico non fa rilevare che una lieve dolorabilità alla fossa cecale, la ricerca di elminti e delle loro uova nelle feci è negativa. È operato il 26-VII-1932. Ecco il referto del registro di sala operatoria, dettato dal prof. Lusena, che operò l'ammalato: Questo bambino ebbe, anni addietro, un'appendicite acutissima, con la formazione di un ascesso; svuotato l'ascesso uscì, pochi giorni dopo dalla apertura, durante la medicazione, un ascaride. Per quanto la madre fosse stata consigliata di fare operare il bambino a freddo di appendicectomia, l'operazione venne rimandata fino a quando, pochi mesi or sono, comparve un nuovo attacco di appendicite subacuta.

Si procede con molta difficoltà all'asportazione dell'appendice che, alla sua parte distale, aderisce tenacemente alla cicatrice dell'intervento precedente. Si lascia un piccolo drenaggio di garza. Mentre si asporta l'appendice dal suo punto di mezzo esce un coprolito (1); l'esame del pezzo dimostra che l'appendice è fortemente strozzata ed è divisa in due cavità: una apicale, l'altra basale, ripiene di pus. Narcosi eterea. L'esame istologico dell'appendice, praticato in corrispondenza dello strozzamento, dimostra un tessuto di aspetto cicatriziale; il lume appendicolare è ridotto ad una piccola fessura, tutte le tuniche della parete appendicolare sono sostituite pressochè totalmente da tessuto connettivo neoformato, nella maggior parte molto compatto, in alcuni punti meno, con qualche focolaio di infiltrazione parvicellulare. Nessuna traccia di ghiandole e follicoli linfatici. Nel segmento non strozzato la mucosa e la sottomucosa sono assai male conservate, le ghiandole sono assai scarse e ridotte a qualche fondo ghiandolare, i follicoli sono in preda ad un processo di intensa atrofia, la tunica muscolare è in parte sostituita da tessuto connettivo, la sierosa ispessita e più compatta. Il referto operatorio mi pare confermi, in modo inequivocabile che vi fu appendicite, che nell'appendice avvenne la perforazione; ne fanno fede le macroscopiche alterazioni appendicolari, le aderenze esistenti fra la metà distale e la cicatrice dell'antico ascesso, aderenze specialmente tenaci nel punto ove l'appendice è fortemente strozzata, punto nel quale si deve ritenere sia avvenuta la perforazione. L'esame istologico ha importanza in quanto da esso si può arguire che la forte produzione di connettivo neoformato nel punto di strozzamento rappresenti l'esito di un processo di riparazione istituitosi sui margini del processo ulcerativo perforante, che ha permesso la fuoriuscita dell'ascaride.

Le altre alterazioni microscopiche dell'appendice sono esiti comuni di un processo infiammatorio, in parte attribuibili forse anche all'ultimo attacco subacuto di appendicite.

Ed eccoci alla questione più interessante:

È stato l'ascaride la causa dell'appendicite e della perforazione appendicolare?

La sintomatologia clinica ed i referti radiologico, operatorio, microscopico, la successione cronologica dei fatti morbosi dalla appendicite all'ascesso verminoso, stanno in favore di un rapporto diretto tra ascaride, appendicite e perforazione. Si è discusso molto in passato se esistesse un vero rapporto di causa ad effetto fra vermi ed appendicite, oppure se questi rappresentassero solo un reperto accidentale, spiegando l'affezione appendicolare con altro meccanismo, o si trattasse addirittura di pseudo appendiciti, di sindromi cioè di aspetto clinico, caratteristico, ma senza un corrispondente quadro anatomo-patologico. È merito di Metchnikoff, al principio di questo secolo, e precisamente nel 1901, l'aver chiarito e messo in evidenza il rapporto fra elminti ed appendicite, ed a lui si devono i primi casi ben accertati, anche istologicamente, di

(1) L'esame di questo coprolito dimostrò essere formato da concrezioni fecali.

appendicite verminose, in seguito comparve un gran numero di osservazioni cliniche e di lavori, specie in Francia — Guiart, Fayon, Blancard, Bertholet, Rayaine, Veinberg, Feltman, Raillet, Van-Gaver, Bonnel, Villar, Leo — per cui l'appendicite verminosa assume un'importanza patologica non trascurabile.

Se si scorrono le osservazioni di appendicite verminose pubblicate, si vede che l'ascaride entra in causa molto più raramente dell'ossiuro e del tricocefalo, ma esso sarebbe, secondo Guiard, assai più temibile, perchè capace di perforare l'appendice e determinare gravi complicazioni addominali.

Quale è il meccanismo patogenetico dell'appendicite da ascaridi? Due modalità sarebbero possibili. Nella prima l'ascaride agirebbe da semplice corpo estraneo, non tanto però per i fatti di compressione e di decubito, data la forma e la consistenza del corpo dell'ascaride, quanto perchè, occludendo il lume appendicolare, verrebbe a dar valore alla teoria della « CAVITÀ CHIUSA » nel senso modificato dal Donati, per cui ne conseguirebbe un ristagno di materiali settici e loro riassorbimento per via linfatica. Così certi AA. ammetterebbero l'azione degli ascaridi nell'appendicite, così spiegherebbe Garrone l'azione dell'ascaride nel caso da lui pubblicato di appendicite acuta da ascaride lombricoide. Manca però nel caso del Garrone il controllo istologico per escludere eventuali microscopiche lesioni esiziali della mucosa prodotte dall'ascaride.

La seconda modalità è che l'ascaride, ledendo la mucosa, agisca come inoculatore dei germi infettanti! È il meccanismo sostenuto da Metchnikoff (Blanchard, Guiard, Raillet e dimostrato con esami istologici da Veinberg e Romanovitch nel bambino da Menetrier nell'adulto, Metchnikoff ammetterebbe anzi una duplice azione: « Ils (les ascarides) exercent d'abord leur influence directe mécanique sur l'appendice ou les parties voisines. Ils produisent en outre une action endirecte par l'intermédiaire des microbes, qu'ils introduisent ». Certo, date le sue dimensioni, dato che è un verme capace di movimenti a volte anche assai attivi, dato che esso è capace anche di un'azione tossica-necrotica, locale, può l'ascaride produrre abrasioni dell'epitedio ed erosioni della mucosa, lesioni che aprirebbero la via ai comuni germi infettanti. Che se poi il verme si fissa col suo apparato boccale alla mucosa, fatto ormai accertato che possa avvenire secondo le osservazioni di Guiard, Leroux, Friedberger, Frohner, Jereneci, Fontaynot, Weinberg, allora il meccanismo inoculatore si spiega ancora più facilmente. Quale l'epoca della sua migrazione dall'ileo, sua sede abituale, che avviene la fissazione alle pareti intestinali; il punto stesso della perforazione avvenuta a metà circa dell'appendice, punto col quale l'ascaride evidentemente deve essere stato in rapporto colla testa, se attraverso la perforazione è poi fuoriuscito.

l'ascaride alla mucosa appendicolare. Sono patogenetico nel nostro caso?

Verosimilmente l'ascaride ha agito ledendo la mucosa e infettandola nel punto stesso ove poi avvenne la perforazione, e la lesione avvenne con tutta probabilità per fissazione delle possiamo supporre sia stato il meccanismo dati di probabilità il fatto che è appunto al-

Per quello che riguarda il meccanismo della perforazione le opinioni sono ancora più controverse. È però sempre il meccanismo dell'inoculazione indiretta quello che è ammesso dai più e quello che con molta verosimiglianza avviene.

Railliet così si esprime in proposito: « Les helmintes peuvent perforer la paroi intestinale, mais ils le font par un mécanisme indirect. Leur fixation ou leur mordillement repeté entaque la muqueuse: cette plaie est une porte ouverte aux germes intestinaux; il peut se constituer un petit abcès qui, en s'ulcérant sera capable d'abourtir à la perforation de la paroi, perforation à la faveur de laquelle un ascaride passera dans la cavité péritoneale ».

Gilberti, seguendo pressochè fedelmente il concetto del Railliet, espone così il fenomeno della perforazione dovuta all'ascaride:

1) Fissazione dell'ascaride sulla mucosa intestinale.

2) Nutrizione del parassita a spese del sangue della mucosa.

3) Setticità e virulenza del verme a contatto della flora intestinale. Per cui si stabiliscono:

*a)* la ferita della mucosa;

*b)* inoculazione del virus infettante nella mucosa stessa;

*c)* l'ascesso e fatti necrotici e distruttivi;

*d)* la perforazione.

Così molto verosimilmente sono andate le cose nel nostro caso, e questo è il meccanismo in prevalenza ammesso dagli AA. che si occuparono della perforazione intestinale da ascaridi: Bonnel, Villard, Cignozzi, Canelli, Palma, Rataggi.

La parte che prende, però, il verme nel processo perforativo non si deve ritenere che sia quella di semplice spettatore in attesa che gli si apra una via di emigrazione, ma è logico

ritenere che egli, con movimenti della testa in loco, contribuisca ad accentuare ed approfondire quelle alterazioni che porteranno poi alla perforazione, la quale, in generale, sarà piccolissima, quale può dare un piccolo ascesso parietale dell'intestino, ma che l'ascaride, impegnandosi attivamente, potrà ampliare fino a passare attraverso ad essa. Per una azione nettamente attiva del verme starebbe, secondo Solieri, il fatto da lui constatato microscopicamente in un caso di perforazione intestinale da ascaridi nei tessuti limitanti la perforazione, di una porzione dello strato dermico muscolare dell'ascaride.

Il fatto poi che negli ascessi verminosi in genere non si trovano sostanze fecali può essere in favore della esiguità della perforazione. Questa, iniziatasi per l'evoluzione del processo anatomo-patologico infettivo parietale dell'intestino, e completata dall'ascaride, sarebbe appena tale da permettere il passaggio del verme ma non del contenuto intestinale. E qui torna opportuno accennare all'ipotesi di Mondiere, secondo la quale l'ascaride a mezzo della testa appuntita e fino a un certo punto suscettibile di erezione arriverebbe, lentamente e progressivamente, a divaricare le fibre muscolari, che poi ritornerebbero su di sè, almeno in parte, in modo che la perforazione risultante sarebbe molto piccola e facilmente obliterabile con un fiocco di essudato o con l'apposizione di una superficie sierosa. Mondiere basava appunto la sua ipotesi sul fatto di alcune osservazioni nelle quali la fuoriuscita di ascaridi dall'intestino dava luogo ad ascessi verminosi che non contenevano affatto materie fecali.

Il fatto di trovare, in caso di fuoriuscita di ascaridi dall'intestino, ampie aperture e materiale fecale, depone per la circostanza che i vermi fuoriusciti attraverso perforazioni intestinali preformate e senza alcun rapporto coll'azione degli ascaridi, che possono allora essere anche assai numerosi.

Nel caso di Dueben si trattava di un'ampia ulcera tubercolare dell'appendice attraverso la quale fuoriuscirono 47 ascaridi; in quello di Arrault, attraverso due ampie aperture dell'ileo fuoriuscirono 25 ascaridi. In tutti due i casi gli ascaridi furono trovati nel cavo peritoneale come reperto di autopsia. La perforazione attiva dell'ascaride di pareti intestinali integre è da ritenersi ormai dimostrata da osservazioni cliniche precise, che vanno dal primo caso del nostro Sangalli nel 1877, attraverso quelle di Guersant, Becquerel, Variot, Carlier, Solieri, Gilberti, (2° caso), Colucci, a quella recente e dettagliata di Moretti. È superfluo dire che in questi casi non erano reperibili tracce di infiammazione o ulcerazioni intestinali, Accenno ancora all'ipotesi di Perroncito, secondo la quale le larve dell'ascaride, molto sottili (larghe 2 $\mu$, lunghe 2 mm.) e dotate di movimenti assai vivaci e rapidi, potrebbero perforare le tuniche intestinali senza lasciar tracce del loro passaggio, e cadute nel peritoneo continuare a svilupparsi. Tale teoria sarebbe stata recentemente avvalorata dall'osservazione di Freudental di un ascaride trovato nella cavità peritoneale incluso in un pezzo di peritoneo ispessito a guisa di tumore. Anche nel caso del Sangalli un ascaride era contenuto in una piccola cisti, formata in parte da epiploon, in parte da tessuto connettivo neoformato. Non si può escludere senz'altro a priori tale possibilità, ma per accettarla occorrono ulteriori osservazioni cliniche e dimostrazioni, poichè finora si è veduto che le larve possono bensì migrare in tutto l'organismo, ma non possono venire a maturazione che nell'ambiente stesso dell'intestino.

La perforazione dell'appendice per parte dell'ascaride è fra le perforazioni dei vari tratti intestinali una delle meno frequenti. Dei 31 casi di perforazione intestinale da ascaridi raccolti da Solieri nel 1902, 21 interessavano il tenue, 6 lo stomaco, 2 l'appendice, 1 il cieco. I casi di Guersant. Becquerel, Brun, Schwanchaus, riguardano appunto casi di perforazione appendicolare da ascaridi. Il caso di Natale riguarda una gangrena appendicolare da ascaridi.

Alla presenza del piccolo coprolito rinvenuto nel nostro caso nel lume appendicolare non ritengo dover attribuire valore nell'azione perforativa, perchè se è vero che coproliti possono a volte favorire, per ulcerazione da decubito, l'innesto di germi nella mucosa appendicalare e che per un evolutivo processo ascessuale può aversi la perforazione, qui il coprolito avrebbe dovuto fuoruscire per primo attraverso la perforazione verificatasi in corrispondenza di esso, ed essere rinvenuto insieme all'ascaride nell'ascesso. Quindi è più probabile che il coprolito non abbia avuto alcuna parte nella perforazione, e che la sua formazione sia anche posteriore al primo attacco appendicolare provocato dall'ascaride. Anche nel caso di Schwanchaus esisteva un coprolito nell'appendice, ma, a giudizio del succitato autore, esso non aveva avuto alcuna importanza nel processo perforativo.

La sintomatologia clinica, il reperto radiologico ed operatorio ci spiegano come, avvenuta la perforazione appendicolare, si sia avu-

to nel nostro caso una reazione difensiva del tratto viciniore parieto-viscerale, producendosi un blocco di peritonite circoscritta siero fibrosa che è così frequente nelle forme appendicitiche con peritonite localizzata. Questo stato speciale di reazione, che provoca barriere salde e resistenti, sta qui ad attestare che la perforazione dell'appendice da parte dell'ascaride si è fatta in vari tempi, gradatamente.

Molto probabilmente l'elminto non ha leso qui violentemente la parete appendicolare e non è migrato da sè solo nel cavo peritoneale, nel quale caso non sarebbe mancata quella sindrome acuta di peritonite generalizzata perforatoria, che si registra più di frequente in casi di perforazione del tenue, come fu nel caso di Solieri, Rataggi, Moretti.

Qui l'ipotesi di Railliet e di Gilberti ha una più chiara dimostrazione, cioè dapprima è un'alterazione lenta graduale della mucosa e delle altre tuniche che aiuta l'ascaride alla perforazione in concomitanza a processi settici ed a piccoli ascessi, da qui la lesione progredisce verso la sierosa la quale comincia la sua azione di difesa, sia con la reazione essudativa fibrinosa che con l'accorrere dell'epiploon e con lo stimolo degli organi vicini. Tale processo sbarra la strada al cammino dell'ascaride il quale, pur emigrando dentro a questa massa di difesa locale, vi resta sequestrato e come avvolto in una capsula resistente per la successiva organizzazione della fibrina. La presenza dell'ascaride, che ben presto ivi trova la morte, e di una abbondante flora batterica da esso trasportata, determina la fluidificazione purulenta graduale e quindi, in un secondo tempo, la produzione dell'ascesso, che nel nostro caso, data la virulenza del germe (streptococco) fu ad evoluzione assai rapida.

Clinicamente è possibile fare diagnosi di appendicite verminosa?

Credo sia assai arrischiato l'affermarlo. Personalmente noi non l'abbiamo fatto e il rinvenire l'ascaride nell'ascesso fu per noi una sorpresa. Così è pressochè nella totalità dei casi pubblicati. Il fatto di essere un appendicitico portatore di vermi non è sufficiente per parlare di appendicite verminosa, tuttavia la coesistenza di elminti e delle loro uova con segni sicuri di appendicite, specialmente se si tratta di bambini, può far supporre che si tratti di appendicite verminosa.

Secondo Riff di Strasburgo gli appendicitici sarebbero portatori di vermi nell'80 % dei casi. Egli spiegherebbe questa alta percentuale nel senso che pur ammettendo che sono rarissimi i casi in cui l'ascaride lede direttamente l'appendice, tuttavia gli ascaridi localizzati nel cieco e nel colon produrrebbero infezioni intestinali, e sia per propagazione cieco appendicolare diretta, sia per via sanguigna, sia per via linfatica si determinerebbe un'infezione appendicolare. Leo aderisce a questa concezione di Riff.

Ci sono anche casi di appendiciti verminose senza che sia stato possibile rinvenire vermi o loro uova nelle feci (Villar). Non è il caso di parlare qui di diagnosi differenziale, ma è necessario, però, tener presente l'esistenza della pseudo appendicite verminosa. Essa può avere origine da cause intra ed extra appendicolari. Nel primo caso è la sola presenza del verme nel lume appendicolare che provoca per irritazione meccanica e specialmente nervosa, una sindrome a volte assai tumultuosa appendicolare, ma senza che esista un vero processo appendicitico.

Nella nostra statistica registriamo un caso di pseudo appendicite dovuta a ossiuri in una giovinetta quattordicenne.

Essa aveva avuto a più riprese forti coliche addominali con localizzazione più spiccata alla fossa iliaca di destra, a volte vomito; la pressione in corrispondenza del punto di Mac-Burney provocava dolorabilità, non aveva però avuto febbre e risentimento peritoneale.

Operata con diagnosi di appendicite cronica, l'appendice si mostrò macroscopicamente normale, mentre nel suo lume si rinvennero parecchi ossiuri. La presenza di ascaridi nell'appendice senza provocare fatti infiammatori di essa è in verità assai più rara che per gli ossiuri e i tricocefali.

Nel caso di pseudo appendiciti da ascaridi si tratta per lo più di azione extra-appendicolare di questi vermi che irritano non la appendice, ma il cieco, provocando fenomeni dolorosi a punto di partenza cecale, ma che si manifestano con l'apparenza del quadro classico appendicolare per la comunità di innervazione dei due segmenti intestinali. Tali i casi di Arboré Rally, Thiery, Ragaine Manon, Villar (oss. XV, XVI, XVII, XIX).

Una diagnosi esatta differenziale di questi casi è però di grande importanza, perchè da essa dipende un opportuno trattamento terapeutico; nel caso di pseudo appendicite l'emissione di uno o più ascaridi colle feci o col vomito farà scomparire rapidamente ogni sintomatologia addominale, mentre nel caso di vera appendicite potrebbe essere anche la necessità di un trattamento chirurgico di urgenza.

Nel caso di Thiery era stata posta la diagnosi di appendicite con ascesso peritoneale, in quello di Arboré Rally di appendicite con peritonite generalizzata, in ambedue era stato deciso l'intervento operatorio d'urgenza, che sarebbe stato praticato se non si fossero opposti i parenti dei due piccoli ammalati; in ambedue l'emissione di ascaridi col vomito, quattro nel primo ed uno nel secondo, fece sparire rapidamente la impressionante sintomatologia addominale.

In passato, in seguito ai casi diagnosticati come appendiciti verminose, ma che evidentemente si devono attribuire a pseudo appendiciti, guariti con antielmintici, si esagerò in questo genere di cura tanto che Guiart e più recentemente Czerny di Heidelberg, innanzi a casi di appendiciti istituirono sistematicamente. salvo i casi di estrema urgenza, una cura antielmintica. Il trattamento antielmintico, istituito anche con sano criterio clinico, può essere senza alcun effetto, come già aveva dimostrato Railliet sui vermi situati nell'appendice.

Henry, a proposito di due sue osservazioni di ascaridi situati nell'appendice, in cui il trattamento antielmintico non aveva dato alcun risultato, ritiene in tali casi solo efficace l'appendicectomia. Giardina, appunto a questo riguardo, illustrando un caso di occlusione intestinale da ascaridi, in cui fu asportata l'appendice perchè infiammata e che conteneva uova di ascaride e tricocefalo, consiglia, a scopo profilattico, in occasione di interventi per occlusione intestinale da ascaridi, l'asportazione dell'appendice, anche se non presenta all'atto operativo note infiammatorie.

Già gli antichi ritenevano l'appendice sicuro ricettacolo dei vermi e delle loro uova!

Del resto servirebbe a dimostrare la poca logicità della cura antielmintica in casi di vera appendicite verminosa la considerazione che essa non può avere alcuna influenza sulle lesioni isto-anatomo-patologiche dell'appendice, le quali una volta istituite continueranno ad evolversi, malgrado l'espulsione dei vermi. Di più, la cura antielmintica può far perdere un tempo prezioso in quei casi nei quali si impone un intervento d'urgenza. Essa è assolutamente controindicata nel corso di un'appendicite acuta, e deve essere riservata ai casi ben accertati di pseudo appendicite o meglio di pseudo tiflo-appendicite, ed a scopo profilattico, sotto il punto di vista appendicitico, in tutti i soggetti riconosciuti affetti da elmintiasi.

Secondo noi il trattamento dell'appendicite verminosa, quindi, è quello classico, medico chirurgico dell'appendicite comune; ad esso ci siamo informati nel nostro caso. Il piccolo ammalato era pervenuto a noi ad attacco appendicolare già inoltrato, anzi quando già esisteva una peritonite purulenta saccata, per cui ci siamo limitati a dar esito alla raccolta marciosa, rimandando a qualche mese l'appendicectomia. Da quanto ho ampiamente esposto risulta evidente l'azione patogena dell'ascaride nel determinismo dell'appendicite.

Nel nostro caso è certamente in conseguenza della presenza dell'azione dell'ascaride che il piccolo paziente ha presentato una grave sindrome appendicitica e peritonitica, fortunatamente con felice epilogo.

Qui, se il verme non è stato sorpreso nella sua azione flogogena dentro l'appendice, come in altri casi, esiste, però, tutta una successione cronologica clinica e anatomopatologica, che spiega chiaramente l'azione dell'ascaride dall'inoculazione al suo rinvenimento nell'ascesso peritonitico. Certo gli elminti, e gli ascaridi in specie, hanno molto raramente un'importanza eziologica diretta nell'appendicite, e nella nostra statistica, data da 642 appendicectomie, delle quali 41 di individui sotto i 15 anni, è questo il solo caso capitato alla nostra osservazione. Tale rarità non autorizza, però, a trascurare l'importanza degli ascaridi nelle flogosi appendicolari, per cui nulla di male se, trovandoci innanzi ad un paziente sul quale abbiamo fatto diagnosi di appendicite, pensassimo che il momento eziologico di questa fossero gli ascaridi e si praticassero quelle ricerche atte a svelarne la presenza.


## RIASSUNTO.

L'Autore descrive un caso di appendicite acuta con peritonite purulenta saccata, incisa la quale si ebbe la fuoriuscita, col pus di un ascaride morto, in perfetto stato di conservazione; fatto per il quale l'Autore ritiene esservi un rapporto diretto fra l'appendicite ed il verme.

Spiega l'azione patogenetica dell'ascaride, nel caso particolare e nell'appendicite e perforazione intestinale in genere.

Accenna alla diagnosi differenziale fra la pseudo appendicite verminosa ed al relativo trattamento terapeutico.


---

*N. B.* La estesa bibliografia trovasi pubblicata nell'Estratto.

SEZIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE CIVILE DI MOLINELLA
diretta dal Prof. CARLO GAMBERINI.

# Considerazioni sopra un caso di amputazione spontanea dell'appendice.

Dott. GIULIO CARDI, aiuto.

Ammesso che gli studi anatomo-patologici e clinici sull'appendicite acuta sono così numerosi da poter aggiungere ben poco a quanto è ormai noto, e pur ritenendo che non si debba attribuire all'amputazione spontanea dell'appendice l'importanza che taluno ha voluto darle, sia perchè essa rappresenta un reperto operatorio non del tutto raro nella pratica chirurgica quotidiana, sia perchè le conseguenze non sono poi tanto funeste, un intervento recentemente praticato su una nostra ammalata mi offre l'occasione di alcune considerazioni non prive d'un certa importanza, sia dal lato scientifico che pratico, soprattutto per ciò che riguarda la sua patogenesi e la sua terapia.

E poichè assai scarse sono le osservazioni di questa evenienza operatoria, anche nella letteratura straniera, ritengo non inutile riassumere brevemente il nostro caso.

Francesca B., di anni 42, da Molinella, casalinga. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. A tre anni la p. ha sofferto di foruncolosi diffusa a tutto il corpo; a dodici ha avuto le prime mestruazioni che si sono sempre conservate regolarissime per qualità, quantità, ritmo e durata; a diciannove anni è andata sposa a un uomo apparentemente sano, dal quale ha avuto tre figli, che godono tutti ottima salute, e nessun aborto. Se si toglie un fatto articolare di natura reumatica, limitato alla spalla destra, e che quattro anni fa la costrinse a letto per quattro mesi, niente altro si può rilevare dall'anamnesi personale remota.

Nel marzo del 1933, cioè un anno fa, dopo l'ingestione di un bicchiere di acqua molto fredda, la p. fu colta improvvisamente e in pieno benessere da una violenta colica addominale, con dolore diffuso a tutto l'addome, accompagnato da vomito, ma non da febbre nè diarrea, che la obbligò a letto per tre giorni e che scomparve con la dieta e con le solite cure mediche. Residuò tuttavia un certo senso di molestia continuo e diffuso a tutto l'addome, però con intensità maggiore sia soggettiva che obbiettiva nella fossa iliaca destra, e con riflessi dolorosi all'epigastrio.

Il 3 novembre scorso la p. fu còlta nuovamente da una colica addominale assai più violenta della prima, con localizzazione dolorosa identica alla volta precedente, con febbre a 37,8 preceduta da brivido, ma senza vomito nè diarrea. Rapidamente la febbre salì a 39,4 e circa due ore dopo s'iniziò il vomito che continuò quasi ininterrottamente per trenta ore. Furono praticate alcune iniezioni di morfina con scarso risultato; la temperatura discese nei giorni successivi a 37,4-37,8, mentre il dolore continuò per oltre quarantotto ore con una certa intensità, così da non nascondere al medico curante la probabilità di un intervento d'urgenza.

In seguito, anche il dolore si attenuò; la temperatura rientrò nella norma e la p. dopo qualche giorno di letto potè alzarsi e riprendere in discreto benessere le sue occupazioni. Afferma la p. che le era rimasto soltanto un certo senso di molestia post-prandiale all'epigastrio.

Non nega d'essere stata, in passato, buona mangiatrice.

Entra in Ospedale il 1° marzo 1934.

*Esame obbiettivo*: Donna di costituzione nettamente neuro-artritica, di struttura scheletrica regolare, in ottime condizioni di nutrizione, con visceri toracici e addominali sani. La palpazione del ventre risveglia una discreta dolorabilità alla regione epigastrica e a tutto l'addome destro; dolorabilità che è nettamente più accentuata però nel quadrante inferiore, in corrispondenza del punto di Mac Burney. In tale zona una palpazione anche accurata non fa rilevare alcuna resistenza. Esame ginecologico, negativo. Positivo il segno di Rovsing, negativi quelli di Blumberg e di Murphy. Non anisocoria.

Temperatura al momento dell'ingresso: 36,8; e apirettica si mantiene anche per i giorni successivi.

Esame dell'orina: normale.

Azotemia: 0,316 ‰.

Reazione di Wassermann: negativa.

Pressione arteriosa all'oscillometro di Boulitte: Mx. 150, Mn. 55.

Peso: Kg. 68,100.

Posta la diagnosi di appendicite subacuta, si decide d'intervenire.

*Intervento operatorio*, il 4 marzo 1934 (prof. Gamberini).

Narcosi morfio-eterea. Taglio laterale di Mac Burney prolungato in alto e in basso. Appendicectomia. Sutura a strati della parete addominale. Guarigione.

*Reperto operatorio*: Ceco discretamente fisso per fatti di peritiflite laterale. Appendice in posizione latero-cecale, notevolmente iperemica, edematosa e totalmente amputata a circa 1 cm. e mezzo dalla base. L'amputazione è completa; non esistono lacinie connettivali fra i due monconi che appaiono nettamente distanziati fra loro di circa 1 cm. e mezzo. Il moncone basale è ridotto a un piccolo nodulo della grossezza d'un pisello, sporgente sul fondo del ceco. Il moncone distale è fortemente aderente al ceco e si va allargando verso la punta che appare clavata e ritorta su se stessa.

All'*esame anatomico* il moncone distale asportato misura 5 cm. e mezzo; ha forma lievemente fusata; è rivestito di sierosa opacata e ispessita e ha consistenza uniforme. A qualche mm. dalla punta s'impianta un brevissimo mesenteriolo, retratto, costituito di connettivo di aspetto sclerotico, pressochè privo di grasso. Aperta l'appendice, il suo lume appare fortemente ristretto, senza tratti però particolarmente stenotici. La mucosa è grigio pallida, tumefatta; non v'è alcun contenuto e l'apice è imperforato.

*L'esame istologico* depone per un processo di appendicite cronica, caratterizzato da ispessimen-

to della sierosa, infiltrazione adiposa e neoformazione connettivale sottosierosa fra gli strati e i fasci della muscolare. Il tessuto connettivo neoformato, fra il quale si trovano numerosi vasi di neoformazione e accumuli di elementi parvicellulari, giunge fino alla mucosa, ove si notano infiltrazioni attorno ai follicoli linfatici della sottomucosa che sono ricchi di elementi. Gli epiteli delle ghiandole sono in degenerazione mucosa; l'epitelio di rivestimento è in gran parte degenerato e caduto.

La diagnosi istologica è di appendicite cronica, residua ad infiammazione acuta, con particolari segni di iperplasia linfatica.

Decorso post-operatorio, normale. La p. viene dimessa dall'Ospedale guarita, in X giornata.

Nel nostro caso l'anamnesi e i precedenti morbosi ci possono spiegare a sufficenza come il processo infiammatorio svoltosi in precedenza e accompagnato da fatti di peritonite circoscritta, portò indubbiamente a una distruzione della porzione basale dell'appendice. L'esito del processo infiammatorio si può perciò veramente definire, nel caso nostro, come un'autoamputazione dell'appendice, rimasta clinicamente sconosciuta non essendosi reso necessario un intervento d'urgenza.

Le autoamputazioni che non hanno richiesto intervento d'urgenza, e che perciò sono rimaste sconosciute, sono, nella letteratura, assai rare. Delmas è riuscito a raccogliere soltanto nove casi, dei quali cinque con conservazione del meso-appendice e quattro con liberazione completa del segmento distale dell'appendice stessa. Egli ne ha aggiunti altri cinque nei quali il meso era conservato, mentre in uno il segmento distale era libero.

Forni ha descritto un caso in cui la base dell'appendice era sostituita da una sottile lacinia di connettivo che si fissava sulla faccia inferiore del ceco, all'estremità della sua bandelletta anteriore.

Avoni riferisce due casi da lui osservati, in uno dei quali l'appendice era ridotta, nel suo terzo prossimale, a un grosso cordone fibroso e a un cordone sottile nei suoi due terzi distali; ed essendo fissata tenacemente alla parete laterale del bacino, assumeva l'aspetto d'una corda tesa fra questa e il ceco. Nell'altro caso, invece, — in cui più che di amputazione vera e propria si può parlare di obliterazione o segmentazione dell'appendice — praticando una laparatomia per stenosi intestinale cronica riacutizzata da probabile briglia della regione ceco-appendicolare, trovò un'appendice straordinariamente lunga, fissata con il suo apice al meso di un'ansa del tenue, così da formare un ponte teso fra quest'ansa e il ceco. Sotto questo ponte s'era insinuata un'ansa del tenue la quale ne riusciva fortemente compressa, anche in virtù di serrate aderenze fra il tratto mediano del ponte appendicolare, sclerotico, e l'ansa del tenue che ne aumentava il cingolo strozzante. L'appendice asportata apparve obliterata nel tratto mediano da una specie di setto connettivale duro, biancastro, stridente al taglio.

Ma se i casi di autoamputazione dell'appendice sono, come ho detto sapra, così scarsi nella letteratura, si deve tuttavia ritenere che assai più frequenti siano le osservazioni da parte di molti chirurghi i quali non hanno creduto di farne parola; e che in molti casi la difficoltà di ricercare e di isolare nella sua totalità l'appendice infiammata e circondata e talvolta ricoperta da numerose aderenze, rendano difficile, se non impossibile, riconoscere il suo vero stato anatomico.

Comunque, anche soltanto in base ai fatti bene accertati, l'amputazione spontanea dell'appendice può determinarsi in vario modo e in diversa sede. Essa può essere sezionata alla base e fissata ancora dal suo meso che risulta spesso conservato (Delmas, Forni); oppure la sezione può interessare la sua parte mediana in modo da dividerla in due segmenti di lunghezza pressochè uguale (Avoni); oppure essere amputata nel suo segmento basale, come nel caso da noi osservato; o, infine, solo la punta può essersi staccata. In una parola, la sede dell'appendice amputata è tanto varia, in rapporto al ceco, quanto è varia la sua sede normale.

**

Queste osservazioni cliniche offrono l'opportunità di alcune considerazioni sulla patogenesi e sull'importanza clinica di tale esito.

È indubbio che nella patogenesi dell'autoamputazione dell'appendice si debba attribuire una importanza notevole al processo necrobiotico e distruttivo. L'anatomia patologica e la clinica ne offrono quotidianamente prove inequivocabili. Ma è anche vero che quasi sempre la distruzione è parziale, e vi si può osservare una perforazione più o meno ampia, ma non la distruzione totale, circolare, segmentaria dell'organo.

Per spiegare tale evenienza, Forni ammette, oltre al processo distruttivo infiammatorio, un fattore locale che agisca in via meccanica e contemporaneamente o in secondo tempo: un calcolo, per esempio, che determini nella sua sede appendicolare un processo di atrofia da compressione e una consecutiva amputazione. Oppure, — e anche questo è un fatto di abbastanza frequente osservazione, — che una precedente flogosi appendicolare abbia provocato la formazione d'una briglia, d'una gomi-

tatura o di una torsione che abbiano reso in quel punto la parete dell'organo più sottile e meno nutrita, così da offrire a un secondo attacco infiammatorio un terreno particolarmente adatto alla sua sezione totale e al suo distacco. Fra questi casi si possono comprendere, a mio avviso, i processi infiammatori anche lievi che abbiano causato una obliterazione di un determinato distretto vascolare del meso; poichè qui si stabilisce un *locus minoris resistentiae* nel quale, in un secondo tempo, in occasione d'una flogosi appendicolare anche indipendente, si può avere l'amputazione totale dell'appendice in virtù della minore difesa quivi offerta dal tessuto, consecutiva al difetto di nutrizione.

Nel nostro caso abbiamo constatato che i due capi dell'appendice, distale e cecale, non si erano del tutto obliterati e che l'appendice era rimasta esclusa dalla circolazione intestinale, ma nutrita a sufficienza dai vasi del meso.

È noto che quando un tratto intestinale venga totalmente escluso, si creano condizioni particolari, per le quali più facilmente il suo contenuto bacterico si esalta e si virulenta; nè si deve ritenere che la separazione dell'appendice dal ceco possa rendere quella meno capace d'infettarsi. D'altra parte non si può dimenticare che anche quando l'appendice non è più in rapporto col lume cecale, essa conserva attraverso il mesenteriolo, i suoi rapporti linfatico-vasali; e che l'infezione perciò può avvenire, — come del resto clinicamente spesso si osserva, — per via ematogena. E neppure si può pensare che l'appendice o parte di essa, staccata completamente, possa andare incontro a un processo di riassorbimento. Se ciò è possibile, — qualora si tratti di piccole porzioni di appendice staccata dal meso e quando il processo necrobiotico dovuto all'azione dei germi abbia distrutto l'organo escluso, così da permettere che una neoformazione connettivale sostituisca la parte di appendice staccata, — ciò si deve escludere se l'appendice ha conservato il suo meso o la nutrizione sia in qualche modo assicurata.

Essa costituirà sempre un pericolo per una recidiva, in quanto si potrà avere una reinfezione per via sanguigna o per via linfatica, anche se ogni connessione anatomica con il lume cecale sia stata abolita. Inoltre la particolare struttura linfatica dell'appendice renderà meno probabile che in essa si determini quel processo di atrofia assai bene studiato e descritto da Forni, alcuni anni fa, nell'esclusione dell'intestino tenue.

Ma, anche se si ammette che il moncone cecale possa subire per proprio conto tale processo d'involuzione, facilmente si comprendono i danni che possono derivare al malato in seguito a queste autoamputazioni, e come perciò sia importante ricercarle e riconoscerle durante un intervento o un reintervento, per evitare una recidiva postoperatoria con tutte le sue dannose conseguenze.

Dal lato clinico non vi è alcun sintoma che, in soggetti non precedentemente operati, possa far supporre un'amputazione durante un attacco appendicolare acuto. Al contrario, se si tratta d'individui già appendicectomizzati, i segni clinici possono talvolta con sufficiente chiarezza riprodurre il quadro d'una peritonite circoscritta o generalizzata; ma anche allora la nozione anamnestica d'una pregressa appendicectomia rischia di condurci fuori di strada, facendoci sospettare una colecistite, una salpingite, una epiploite, ecc.

Da queste brevi considerazioni appare evidente che nei soggetti non ancora operati, e che hanno sofferto in precedenza una flogosi appendicolare, lo studio della esatta topografia del dolore con le sue probabili variazioni fra una crisi e l'altra, e una particolare attenzione verso i sintomi di un'appendicite retrocecale o d'una forma pelvica, e infine la ricerca, durante l'intervento, e l'asportazione in totalità dell'appendice, dovranno costituire una regola la quale acquista tanto maggior valore in quanto si sa che possono determinarsi autoamputazioni le quali rimangono clinicamente sconosciute e sono soltanto apprezzabili con una esplorazione diligente e metodica della regione appendicolare e di quelle limitrofe.

Una volta individuata e asportata l'appendice, sarà bene verificarne sempre la punta. Un aspetto cicatriziale di questa, l'assenza di frangia grassosa, un'appendice estremamente corta debbono richiamare la nostra attenzione sulla possibilità di un'autoamputazione.

Osservate queste precauzioni, trovandoci in presenza di un'appendice amputata, si dovrà ricercare accuratamente il moncone staccato che può essere anche aberrante. Si esploreranno perciò la regione ileo-appendicolare, il meso-appendice, la fossa retrocecale, la zona retrocolica destra, il piccolo bacino, servendoci del dito, e badando soprattutto di non scollare un'appendice senza vedere bene ciò che si fa, rischiando così di staccare aderenze provvidenziali o di rompere qualche arteriola importante, determinando un'emorragia che un tamponamento alla cieca difficilmente riuscirebbe a frenare.

Tutto ciò è tanto più importante se si pensa

che l'asportazione incompleta dell'appendice, assai facile nelle autoamputazioni per le ragioni dette sopra, espone con ogni probabilità il paziente a una recidiva postoperatoria la quale potrà essere più o meno grave, ma anche fatale. In tali recidive, costretti il più delle volte a operare a caldo, se si ritiene che l'asportazione dell'appendice sia controindicata dallo stato generale del malato, ci si dovrà limitare a drenare ampiamente la cavità peritoneale e procedere poi, in un secondo tempo, alla ricerca e all'asportazione del moncone appendicolare residuo.

### RIASSUNTO.

L'A., dopo aver descritto un caso di amputazione spontanea dell'appendice da lui osservato, discute la patogenesi e l'importanza clinica di tale evenienza operatoria in rapporto al processo necrobiotico e distruttivo dell'appendice, e insiste sul concetto che nei casi di autoamputazione si debba ricercare accuratamente e metodicamente il moncone amputato, allo scopo di evitare recidive che espongono il malato a reinterventi sempre gravi e talvolta fatali.

### BIBLIOGRAFIA.

AVONI. *Le amputazioni spontanee dell'appendice.* Bullettino delle Scienze Mediche, 1926.

DELMAS. *Les amputatios spontanées méconnues de l'appendice.* Thèse de Doctorat, Paris, 1924.

FORNI. *Nota sull'amputazione spontanea dell'appendice.* Bullettino delle Scienze Mediche, maggio-giugno 1925.



# TECNICA CHIRURGICA

## Per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica post-operatoria (*).

Nel rispondere a quelli ch'egli dice i miei « appunti », l'amico Cavina ha leggermente spostato la questione.

Prima di tutto, se per appunti egli intende, nel caso mio, dei rilievi diretti a colpire chi ha scritto, io ho il dovere di dirgli che tale non era la mia intenzione: e mi è anzi gradita l'occasione per dirglielo cordialmente e in pubblico. Se invece « appunto » viene inteso nel senso di precisazione della realtà, faccio osservare che io miravo a dire soltanto questo:

Cavina ha giustificato la illustrazione dell'utile artificio di v. Haberer contro l'emorragia gastrica post-operatoria traendone argomento, non solo dalla sua personale soddisfazione ma anche dalla mancanza di qualche mezzo analogo che sia in uso da noi in Italia. Io ho voluto ricordare che questo qualche mezzo analogo era stato per lo meno consigliato da me nel « Trattato della Scuola Romana ». Ma lo ricordavo (come ho scritto) soltanto per far sapere che la nostra deficenza a questo riguardo di tecnica operatoria era meno grave di quanto Cavina aveva fatto risaltare.

E se Pototschnig ha richiamato la tecnica del v. Haberer già nel 1927, se Cavina l'ha descritta nel suo opuscolo sulla resezione gastrica edito dal Cappelli l'anno avanti alla pubblicazione mia, non sono questi nuovi conforti alla opportunità della correzione ch'io volevo portare?

Perfettamente convinto — come Cavina — della convenienza che al pericolo della emorragia gastrica post-operatoria sia rivolta ogni attenzione da parte dei chirurgi, e già ricreduto — come ho scritto l'altra volta — nel mio ottimismo sui progressi della tecnica, traggo anche da questo amichevole scambio di considerazioni il convincimento che agli Italiani si impone sempre più il bisogno di far meglio conoscere reciprocamente il proprio lavoro per fare, non dello chauvinismo, ma una proficua collaborazione scientifica. G. BAGGIO.

Nella discussione che ha tenuto dietro alla nota di Cavina per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica post-operativa e nella quale egli adoperò una espressione infelice e non giusta e cioè che presso noi non è curata co-

(*) Con le due note dei proff. BAGGIO e P. BASTIANELLI riteniamo opportuno chiudere la discussione, ringraziando tutti i valorosi collaboratori, che ci hanno fornito sull'argomento importanti notizie di tecnica sull'emostasi gastrica.

LA REDAZIONE.

me si dovrebbe la legatura dei vasi nel taglio della parete gastrica ecc. io non volli intervenire. Se ne comprenderà la ragione dopo aver letto questa nota.

Resezionista gastrico per cancro dal 1903, per ulcera dal 1909-1910, fui fedele *bottonista* (bottone del Murphy) fino al 1924 quando dopo aver fatto qualche raro corno al bottone (il primo nel 1913 - vedi *Clinica Chirurgica*, 1914 n. 5 - e gli altri pochi nel '23) divorziai completamente come ho detto nel 1924 applicando allora sempre la tecnica della gastro-digiunostomia a sutura diretta senza mai avere adoperato enterostati (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. XXII, fasc. 2, anno 1928) ovvero coll'abolizione della stasi nelle operazioni gastriche.

Non entrai in discussione dopo la nota di Cavina perchè in vero non mi parve ne avesse il merito dal punto di vista chirurgico.

Se Gioia fa derivare la allacciatura diretta dei vasi nel taglio delle pareti gastrica e intestinale (gastro-enteroanastomosi) dal non uso dei compressori, a me sembra che essa provenga dal più semplice canone di chirurgia generale o meglio di tecnica operativa, trattandosi specie di organi cavi. Infatti è possibile non allacciare dei vasi quando si sezionano le pareti gastriche ed intestinali? Noi sappiamo che, sia sotto la sierosa che nella sottomucosa, vi sono vasi non di piccolo calibro e che se non allacciati possono dar luogo a notevoli emorragie anche mortali. L'ematemesi e le melene lo attestano. Ebbene era logico che il chirurgo dovesse direttamente pinzare e allacciare ciascun vaso nell'eseguire la sezione quando naturalmente, come io sempre feci, non adopera i compressori.

Non stimo davvero necessaria la allacciatura alla v. Haberer trafiggendo con punti la sottomucosa al di sotto dei vasi.

L'emostasi con Kocher e allacciature dirette è in verità la più semplice, la più facile, la più rapida. Il coltello diatermico ancora non può davvero sostituire l'allacciature e deve pesare sulla coscienza di chi l'adoperò per più di un obitus da emorragia.

Ed ecco la mia tecnica. Preparata l'asola di mesocolon e fissatola alla faccia posteriore dello stomaco con 4 punti (2 polari e 2 equatoriali) io roto un poco l'ansa del digiuno sull'asse longitudinale in modo che rimanga una estensione maggiore di parete intestinale su cui deve cadere la sezione per la gastro-enteroanastomosi e la fisso con due anse di seta sottile agli estremi dolla lunghezza voluta per la neobocca. Ho l'attenzione di leggermente distendere la porzione di ansa digiunale prima di fissarla con due anse alla faccia posteriore dello stomaco. Allora affido le due anse di seta che chiamo *anse direttive* all'aiuto che tirando su quelle pone in distensione la lunghezza della parete gastrica e digiunale fissate. Allora eseguo una sutura continua siero-muscolare con filo di seta e con ago intestinale (io non adopro mai portaghi) a punti ravvicinati (a un millimetro e mezzo o poco più di distanza l'uno dall'altro). Nei primi tempi passavo ogni 4-5 punti un punto indietro di rinforzo alla Doyen, oggi tengo stirato il filo così che i punti si mantengono distesi alla tensione voluta. Questi punti a sutura continua sono rapidamente applicati (certo più rapidamente dei punti staccati se la sutura fosse fatta con questi). Eseguita tutta la sutura continua allora mi accingo a sezionare la sierosa, la muscolare ecc. della parete gastrica. Però prima i vasi sottosierosi corrispondenti alla futura sezione sono sempre da me allacciati o con allacciature (emostasi definitiva) prima di sezionarli nella parete gastrica o se no afferrati con Kocher e quindi allacciati. Pratico quindi la sezione della sierosa a 4 m/m. dalla sutura continua, della muscolare e sottomucosa pinzando se visibili i vasi prima di sezionare e se no dopo se il calibro lo richiede. Quindi suturo insieme la parete gastrica e la digiunale trasfiggendole a tutta sostanza eseguendo cioè una sutura massiva contentiva emostatica (Albert-Hartmann) ed una siero-muscolare protettiva, adesiva a punti *molto ravvicinati e tesi*. È in queste suture che il chirurgo gastrico deve saper mettere quel *transfert* di sensibilità in modo da non determinare zone necrotiche pericolose per perforazioni e emorragie. Bisogna notare che tutte le suture per l'anastomosi e anche per chiudere monconi gastrici, sono eseguite sotto la stiratura delle anse direttive. Ora quando esse suture sono ultimate e le anse direttive sono rilasciate le pareti gastriche (i tessuti meglio) e le intestinali si accorciano e i punti si avvicinano costituendo una vera *costura* (nel senso del lavoro femminile). La possibiltà di vasi sanguinanti è una rarità.

Dunque all'allacciatura diretta dei vasi nel taglio gastrico ecc. io fui automaticamente portato perchè io mai adoperai enterostati o la stasi nelle operazioni gastriche e a questa aggiunsi un'emostasi indiretta dei vasi piccoli a mezzo dell'artifizio di sutura delle pareti gastro-intestinali mentre queste erano allungate per la trazione sulle anse direttive. Mi parve insomma l'allacciatura diretta non artifizio ma canone di tecnica operativa e mi dette la certezza di una emostasi perfetta cosi da portarla come argomento per il non uso dei compres-

sori oltre all'evitato pericolo di compressioni dannose sulla mucosa e alla sua resistenza biologica. Certo questa tecnica mi ha corrisposto avendo avuto 3 soli casi di emorragie e non mortali sebbene assai gravi sopra a 500 circa resezioni gastriche per carcinomi, per ulcere gastriche e duodenali e per soppressione del motore gastrico (antro-piloro dei fisiologi) con varie indicazioni, per degastroenterostomie per indicazione errata della g. ent., e che rientrano nel discreto numero di restaurazioni gastriche. Naturalmente in questa cifra di interventi non sono comprese le gastro-digiunostomie fatte soltanto per l'indicazione unica, la stenosi di varia natura (tumore, evoluzione fibrosa di ulcera, compressione sul duodeno (*le jour après* dei colecistectomizzati, come s'eprime lo Chauffard).

Riguardo a suturare i vasi del digiuno che il Chiasserini ritiene opportuno e che il Niosi fa da alcuni anni io non ne ho mai provata la necessità, dato il genere di sutura che eseguo, e il materiale seta che adopro.

Certo questa discussione sopra la nota del Cavina « per diminuire i rischi dell'emorragia gastrica post-operativa » sfiora adesso la polemica. La sfiora non tanto sulla sua essenza di questione di tecnica operativa ma per la frase non corrispondente a verità e che cioè « presso noi » sulla questione non si abbia adeguatamente richiamata l'attenzione.

La chirurgia italiana rappresentata da Clinici universitari e ospitalieri è insorta e ciascuno ha voluto concorrere a portare il suo contributo. Così ho fatto io che mai adoperai compressori od enterostati e questo correntemente fin dal 1924, e che ho per semplice canone di tecnica operativa in taglio di organi cavi eseguita sempre l'allacciatura diretta dei vasi delle pareti gastriche e a più forte ragione dei sottomucosi e aggiungendovi l'artifizio della distensione delle pareti gastro-intestinali ottenendo così anche un'emostasi indiretta per i vasi piccoli non allacciabili con pinze a mezzo delle suture.

E tutto questo per la storia come dice acutamente il Baggio quando entra nella discussione. La priorità poi, si comprende è come una *meta sudans* nell'agone delle competizioni professionali. La conquistano sempre i più rapidi? Io, e con me molti altri, crediamo di no.

RIASSUNTO.

L'A. fa noto che nelle operazioni fino dal 1913 in un caso e dal 23 saltuariamente ma definitivamente in tutti i casi dal 1924 adoperò l'allacciatura diretta dei vasi (naturalmente compresi i sottomucosi) aggiungendovi un suo semplice artifizio di tecnica per l'emostasi indiretta dei vasi non pinzabili e sanguinanti e che fece sempre a meno della stasi gastrica (uso di compressori).

Prof. Dott. PIETRO BASTIANELLI
Chirurgo primario Ospedale Alberti S. Giovanni Valdarno e Ospedale di Camerata, Firenze.

# SUNTI E RASSEGNE

## GINECOLOGIA.

### La leucorrea delle vergini.

(R. CRUICKSHANK e A. SHARMAN. *Edinburgh med. journ.*, ott. 1934).

L'emissione eccessiva di secrezioni per la vagina può avere tre origini: la vagina, il collo o l'utero. Le ghiandole tubulari dell'endometrio danno origine ad una piccola quantità di secrezione acquosa e fortemente alcalina, dall'utero normale. La secrezione delle ghiandole racemose è spessa, mucoide, normalmente in piccola quantità e nettamente alcalina, con un pH variabile da 8,0 a 9,0. La così detta secrezione vaginale non è una vera secrezione, poichè non vi sono ghiandole nell'epitelio vaginali; è biancastra, cremosa, di reazione molto acida e consiste di squame epiteliali. L'acido lattico, a cui è dovuta tale alta acidità proviene dalla degradazione del glicogeno nelle cellule epiteliali, probabilmente per azione batterica. Tali condizioni si trovano nella vagina durante il periodo riproduttivo e per un certo tempo dopo la nascita, quando si trova del glicogeno in vagina. La deposizione del glicogeno è probabilmente comandata dall'ormone estrogeno.

La leucorrea è comune ed è più frequente nelle donne maritate (nel 33 % dei casi ostetrici e ginecologici). In questi casi, la causa è generalmente ovvia, per lo più dovuta ad infezioni cervicale consecutiva al parto, all'aborto, a gonorrea. Meno spesso la vaginite è dovuta al *Trichomonas vaginalis*. Meno spesso si lamentano di leucorrea le vergini, sebbene sia difficile, e per ovvie, ragioni, stabilire la frequenza. Molti ginecologi hanno veduto casi di leucorrea in vergini ed hanno trovato difficoltà a stabilirne la patogenesi, donde, frequenti insuccessi terapeutici.

Si ammette generalmente che dei disturbi costituzionali possono essere responsabili di un'eccessiva secrezione nelle vergini, dovuta ad un certo grado d'infezione della cervice. Sono stati accusati come fattori eziologici anche la congestione pelvica e la costipazione. Secondo Payne l'infezione cervicale delle nullipare (in cui il canale è normalmente riempito da muco spesso e tenace che agisce come una barriera contro la contaminazione della vagi-

na) incomincia generalmente come endocervicite ed è del tipo ascendente. In alcuni casi di endocervicite di Burns, vi erano delle stigmate generalmente associate alla masturbazione. Tale autore ritiene che l'eccitazione sessuale è accompagnata da congestione degli organi pelvici e, se viene ripetuta spesso, provoca una condizione analoga alla congestione, con ipersecrezione delle ghiandole cervicali e, quindi leucorrea. I genitali esterni rimangono come sempre bagnati dalla secrezione ed i batteri, sempre presenti, si possono diffondere alla cervice ed infettare le ghiandole. Una volta infettate queste, la presenza dei bacilli e delle loro tossine mantiene l'ipersecrezione e si stabilisce la condizione di endocervicite.

Anche Kidd e Simpson pensano che la leucorrea delle ragazze sia dovuta alla masturbazione, ma gli AA. ritengono che questa sia una causa abbastanza rara.

Gli AA. si occupano di quei casi in cui la paziente nega recisamente ogni rapporto sessuale ed ha un imene apparentemente intatto. Si tenga presente che l'esistenza dell'imene non è una prova assoluta di verginità.

Si considera leucorrea quella secrezione — non tinta di sangue — che si emette in grado tale da sporcare la biancheria o da rendere necessario l'uso di un pannolino ed è considerata dalla paziente come anormale; si escludono, quindi, i gradi lievi o forti di secrezione premestruali o che si hanno nelle condizioni depresse di salute.

Spesso, come si è detto più sopra, rimane ignoto il meccanismo di produzione e, per conseguenza, resta inefficace il trattamento. Nei 76 casi ospedalieri (dal 1924 al 1929) soltanto il 56 % ha avuto giovamento dalla cura ospedaliera (dilatazione, raschiamento, spennellature, lavatura della vagina con antisettici).

Gli AA., di fronte a questi risultati, hanno pertanto proceduto a completi esami clinici e di laboratori. Anamnesi completa, specialmente dal punto di vista sessuale, esame pelvico sotto anastesia, esame ad occhio nudo della secrezione, radiografia della sella turcica, metabolismo basale, e metabolismo dello zucchero. Gli esami di laboratorio comprendevano: studio microscopico di una goccia della secrezione in soluzione fisiologica, determinazione del pH, ripetuti esami degli strisci e delle culture della vagina, canale cervicale e cavità uterina; in qualche raro caso, escissione di frammenti di mucosa vaginale e ricerca del glicogeno. Esame delle urine per la ricerca dell'ormone prepituitario.

Gli esami si possono considerare completi per 33 casi, che possono dividersi in infettivi e non infettivi.

1) *Leucorrea virginale non infettiva.* In alcuni casi vi erano forti sospetti di disturbi ormonici (storia individuale, disfunzioni mestruali); si trattava di ragazze eccessivamente vigorose, che si lamentavano talvolta di dolori in qualche parte dell'addome, talora con intermittenze di amenorrea, periodi nei quali la leucorrea aumentava. Età media 19 anni (nel gruppo infettivo 24). Di 5 casi in cui si fecero gliskiagrammi, in 2 si trovò notevole diminuzione della sella turcica, lieve in un terzo, non soddisfacente nel quarto e normale nel quinto. Campo visivo normale. In un caso, glicemia del 2 per 1000 e metabolismo 20. Prova di Zondek-Aschheim negativa, ma in 4 casi su 5 eccesso di estrina nell'urina.

Nessuna lesione alla vagina; in qualche caso, utero poco sviluppato, qua e là con iperplasia ghiandolare; epitelio vaginale florido con molti strati ed abbondante glicogeno.

La secrezione vaginale era spessa, bianca o cremosa e non irritante. Spesso aumentata prima dei mestrui. All'esame microscopico flora del grado I con abbondanti *B. vaginae* (Döderlein) e cellule epiteliali senza pus; lo stesso germe anche in cultura; niente in Sabouraud. Sterili le culture cervicali (tutt'al più qualche stafilococco). Reazione della secrezione con pH 4,2-4,7.

2) *Leucorrea verginale infettiva.* Nella maggior parte dei casi, si è trovata un'infezione da *Trichomonas* ed in un caso, *Monilia vaginalis*. La secrezione dei casi da *Trichomonas* era più acquosa, leggermente schiumosa, talvolta tinta di sangue e generalmente irritante. La vulva e la vagina apparivano spesso infiammate. La diagnosi dell'infezione venne fatta esaminando a fresco una goccia della secrezione, dove si vedevano numerosi *Trichomonas* mobili. Flora del grado III, con svariati germi e cellule di pus; all'esame culturale molti germi, ma generalmente non *B. vaginea*. Reazione; pH da 4,9 a 6,0. Nell'unico caso da *Monilia*, secrezione molto abbondante semi-purulenta, molto irritante con intertrigo; all'esame microscopico a fresco e su striscio, abbondanti cellule di lievito. In due casi, un'erosione del collo sembrava la causa della leucorrea.

La vaginite da *Trichomonas* nelle vergini sarebbe di origine endogena, per contaminazione delle feci, e facilitata dalla diminuzione del glicogeno vaginale.

*Trattamento.* Si farà dopo accurato esame della secrezione determinando prima il processo che provoca la leucorrea. Si esaminerà una goccia a fresco, si faranno degli strisci e si determinerà il pH.

Nei casi infettivi, si faranno applicazioni locali di antisettici in forma di irrigazioni o di installazioni. È consigliabile praticare il trattamento per 7-10 giorni, facendolo ogni giorno. Vi è tendenza dell'infezione da *Trichomonas* a recidivare dopo il periodo mestruale. Nel caso di erosione cervicale si procederà all'escisione od alla cauterizzazione.

Nei casi non infettivi, il trattamento locale sarà probabilmente inefficace. Teoricamente, sarebbero indicati i preparati opoterapici, ma le prove fatte non hanno dato alcun risultato

agli AA.; si può tentare l'antipituitrina. Incostanti e poco soddisfacenti le cure con varî tonici e con vitamine. Nulla si può dire per ora del trattamento mediante l'irradiazione delle ovaie. Si deve tener presente la tendenza alla remissione spontanea ed alla guarigione, frequente dopo il matrimonio. Importante è di non seguire in questi casi le direttive date per quelli infettivi. La dilatazione ed il raschiamento sono peggio che inutili, perchè talora seguiti da infezione.

Nelle conclusioni, gli AA. mettono in rilievo il significato della estrina, di cui l'iperproduzione sarebbe responsabile per l'eccessiva deposizione di glicogeno e, quindi, per l'eccesso di secrezione. Ora, l'eccessiva produzione di estrina sarebbe in rapporto con una disfunzione del lobo anteriore della pituitaria, rapporto che è particolarmente evidente durante la gravidanza. Nell'eziologia della leucorrea verginale non infettiva, vi può essere un disturbo della funzione della pituitaria, che è suggerito dal reperto di una sella turcica ristretta in alcuni casi. Senza poter precisare maggiormente la cosa, si può dire che molti casi di leucorrea verginale sono in rapporto con disturbi dell'equilibrio ormanico. *fil.*

**Sulla questione delle metastasi ossee del carcinoma del collo dell'utero.**

(C. TRAUBE. *Zentr. für Gyn.*, 1933, n. 49, p. 2909).

I clinici hanno rivolto, negli ultimi anni, la loro attenzione sulla questione della frequenza delle metastasi ossee del carcinoma dell'utero. È risultato che la produzione di vere metastasi nel sistema osseo non è poi così rara come per l'addietro si supponeva.

Sono riferiti sei casi di metastasi ossee, dopo un tempo più o meno lungo dall'asportazione del carcinoma uterino, rivelatesi con dolori forti in determinate sedi a seconda della localizzazione della metastasi, con perdita di peso e cachessia.

Resta incerto se la relativa frequenza con cui negli ultimi anni si osservarono metastasi ossee del carcinoma dell'utero, sia da ascriversi al fatto che la sopravvivenza delle donne carcinomatose viene prolungata dall'operazione radicale e dalla radioterapia; oppure alla circostanza che ora si pensa più frequentemente alla possibilità di metastasi nelle ossa e che quindi queste si cercano e si trovano anche più frequentemente.

Quello che interessa è il fatto che queste metastasi si scoprono con la Roentgengrafia più frequentemente di prima, tanto nei casi trattati coi raggi quanto in quelli trattati chirurgicamente, e che in accordo con varî AA. si riscontra una precocità nella produzione delle affezioni ossee metastatiche. Queste constatazioni rendono ancora più importante la diagnosi precoce del carcinoma uterino per rendere impossibile, con un precoce allontanamento radicale del focolaio primario, la formazione di metastasi.

Per quanto l'efficacia del trattamento delle metastasi sia ancora discussa, è doveroso in ogni caso fare un tentativo tanto con la Roentgenterapia che con la radioterapia.

Siccome le metastasi ossee si producono per lo più per via linfatica ci si può domandare se non sia preferibile nell'intervento chirurgico la via addominale, in cui le ghiandole vengono allontanate, invece della via vaginale, in cui le ghiandole restano in sito. La soluzione di questa questione si avrebbe però soltanto se con ulteriori esperienze eseguite su vasto materiale si potesse dimostrare che nei casi operati per la vagina le metastasi ossee si producono più frequentemente che nei casi operati per via addominale. A. MARTINOLLI.

## MISCELLANEA.

**Sul meccanismo dell'iperglicemia alimentare.**

(D. E. ALPERN. *Vracebnoje Dielo*, 1934, n. 3).

Il noto fenomeno dell'iperglicemia alimentare non ha finora trovato una spiegazione universalmente accettata. Mentre da tempo veniva attribuito al fatto che il glucosio ingerito attraverso la vena porta passa direttamente nelle vene sovraepatiche, per il sovraccarico temporaneo del fegato, recentemente alcuni AA. (Eisner, Foerster, Rosenberg) proposero invece della teoria « da riassorbimento » quella « riflessogena »; secondo loro l'iperglicemia è dovuta ad una glicogenolisi epatica, che avviene poco tempo dopo l'ingestione dei carboidrati in seguito ad un riflesso che avrebbe il suo punto di partenza nel tenue o nel pancreas nel momento di formazione del secreto risp., increto e che agirebbe sul fegato direttamente o per via del sistema neuro-vegetativo dell'intestino. A confermare tale ipotesi starebbe il fatto che l'iperglicemia si verifica anche dopo l'ingestione di sostanze proteiche, non è sempre proporzionale alla carica dei carboidrati ed è spesso tanto precoce che non potrebbe essere dovuta al riassorbimento (3-5-8 min.' - Mahler e Rischawy).

Inoltre, secondo Offenbach e Hahn, l'iperglicemia alimentare sarebbe molto più accentuata negli individui con sistema neuro-vegetativo facilmente eccitabile.

L'A. ha voluto studiare il meccanismo del fenomeno ricorrendo ad osservazione diretta sui cani; egli ha praticato in essi la fistola della v. porta e delle v. sopraepatiche; da queste e dall'arteria femorale veniva prelevato il sangue e determinata in esso la glicemia a distanza di 7,15,60 min.' e 24 ore dopo la carica di glucosio (2 gr. per kg. del peso dell'animale).

Dai protocolli delle esperienze è risultato che già pochi minuti dopo la carica del gluco-

sio la quantità di esso nella v. porta era nettamente superiore a quella v. epatiche (in alcuni casi già dopo 5 min.'). Il fatto depone decisamente contro la possibilità dell'iperglicemia riflessogena, nella quale dovrebbe verificarsi il contrario.

L'A. conclude perciò che l'iperglicemia alimentare è da considerarsi come dovuta al riassorbimento diretto; del resto solo così si può spiegare il fatto noto che essa si manifesta anche negli individui, il cui fegato per qualsiasi ragione è impoverito in glicogeno. Del resto è indubbio che anche il sistema neuro-vegetativo influisce sulla iperglicemia alimentare inquanto regola la rapidità e le modalità della glicogenesi e glicogenolisi epatiche.

S. MINZ.

## Nove osservazioni personali di cisti idatiche dell'orbita.

(M. A. CANGE. *Gaz. des Hôpitaux*, n. 3, 1934).

L'A. riporta dettagliatamente 2 casi di cisti idatiche dell'orbita capitati alla sua osservazione nell'ultimo periodo a tre settimane di intervallo, e ricorda altri sette casi osservati da lui precedentemente. In seguito a questi casi l'A. fa notare il predominio delle cisti negli indigeni (su 9 casi 6 indigeni e tre europei) forse in rapporto alla loro vita, la leggera preponderanza nel sesso maschile (5 uomini, 4 donne), mentre l'età non sembra avere importanza. Come vi sono dei « campi maledetti » per il carbonchio, così sembra che esistano delle « terre idatiche » e l'Algeria è una di queste.

Riguardo alla sintomatologia si possono avere tutte le forme cliniche; la forma infiammatoria. che si annunzia come una tnonitet o come un flemmone orbitario, ma più spesso si ha una evoluzione fredda e progressiva con esoftalmo, dolori e turbe visive. Una particolarità importante che non si ritrova nè nei tumori solidi, nè nelle altre raccolte liquide è la rapidità di evoluzione, e questo costituisce un importante elemento diagnostico. Come dice anche Lagrange un esoftalmo lento non proverà che il malato non ha una cisti idatica, ma un esoftalmo rapido deve far pensare a questa affezione.

I disturbi oculari sono miopia e ipermetropia, che può giungere fino a 20 D; alterazioni corneali gravi in dipendenza dell'esoftalmo, del lagoftalmo, della chemosi congiuntivale, dell'edema corneale e delle turbe neurotrofiche. A carico delle retine si può avere: atrofia, nevrite intraoculare, papillite da stasi. La loro patogenesi, dato che spesso compaiono precocemente, senza parallelismo con l'esoftalmo, la si è voluta collegare con accidenti d'imbibizione tossica per il liquido idatico che filtra attraverso la parete. L'A., pur non escludendo questa patogenesi, pensa però che il ruolo più importante lo abbia la compressione, dato che spesso queste alterazioni si modificano dopo interventi decompressivi o curativi (estirpazione). Nelle sue osservazioni ha trovato: atrofia della papilla 2 volte; nevriti ottiche 3 volte; papilla da stasi 2 volte; condizioni normali 2 volte. In 2 casi la comparsa di complicanze corneali ha compromesso l'integrità dell'organo.

Riguardo alla diagnosi questa spesso rimane incerta per la controindicazione di una puntura esplorativa. Quando la tumefazione è accessibile certo la diagnosi è più facile, ma quando essa è inaccessibile, è il problema etiologico dell'esoftalmo che deve essere risolto con le sue molte ipotesi. La cisti d'echinococco è sempre unilaterale, ma non tutte le tumefazioni fluttuanti sono cisti idatiche, e d'altra parte cisti a forte tensione e a pareti spesse sono state prese per tumori solidi o neoplasmi. Il fremito idatideo dall'A. non è mai stato trovato presente, mentre altri lo hanno trovato, ma solo dopo incisione dei piani di copertura. Riguardo alle ricerche di laboratorio l'A. in seguito ad una statistica dei propri casi e di osservazioni di altri AA. riporta i seguenti risultati: l'eosinofilia presenta nel 59,9 % dei casi, la siero-reazione di Weinberg-Parvu nel 55,5 % dei casi, la intradermoreazione di Casoni nel 44,4 % dei casi.

Riguardo al trattamento bisogna aggredire la cisti dalla via più breve e per il tragitto più diretto in quella regione dove tendono a esteriorizzarsi. Le cisti sono 2 volte più frequenti nell'emisfero superiore che nelle pareti laterali, e 2 volte più frequenti nelle pareti laterali che nell'emisfero inferiore.

I processi usati sono l'orbitotomia e la resezione temporale della parete esterna dell'orbita (operazione di Krönlein).

L'A. ha eseguito sempre l'orbitotomia e solo una volta è dovuto ricorrere all'operazione di Krönlein. Eseguita la estirpazione della cisti è stata fatta la marsupializzazione del pericistio, per mantenere un orificio di sicurezza alle sierosità spesso abbondanti che seguono all'intervento.

Riguardo ad accidenti post-operatori è stato notato l'edema dell'orbita, la chemosi congiuntivale, l'esoftalmo secondario, e anche fenomeni generali; per tutto questo non si deve incolpare l'uso del formolo che non ha alcuna azione nociva nè dal punto di vista locale, nè generale.

Complicazione inattesa è l'ectropion della palpebra inferiore, dovuto alla sutura del pericistio alla pelle della palpebra. Questa complicazione è facile evitarla se si sta attenti che la sutura non determini alcuna deformazione immediata. Meglio praticare una marsupializzazione imperfetta che correre il rischio di deformazioni consecutive.

In tre casi si è avuta paralisi del retto esterno. Si deve pensare sia che il muscolo sia stato

la sede iniziale della cisti, sia che i fenomeni compressivi, le manifestazioni infiammatorie e gli accidenti anafilattici locali comportino alterazioni del tessuto cellulo-adiposo per sclerosi, e del tessuto muscolare per miosite interstiziale. U. BRACCI.

---

# CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

E. J. PAMPANA. *Vita più sana e più lunga.* Libro d'igiene dedicato alle persone colte. Un vol. in-8°, di 114 pagg. Edizioni « Annali di igiene », Roma, 1934. Prezzo L. 12.

La volgarizzazione dei principî di igiene, oltre che scienza, è un'arte difficile; anzitutto, arte di farsi leggere che, se manca a tanti che fanno professione di scrittore e si occupano di cose più divertenti, non può essere frequente nell'uomo di scienza il quale, a giunta, tratta argomenti che possono essere ritenuti noiosi. Per l'igiene, si aggiunge un'altra difficoltà: l'esagerazione degli igienisti arcigni ed arrabiati, che vorrebbero ridurre l'uomo a far vita di anacoreta e, per salvarlo dalle malattie, gli fanno perdere la gioia di vivere, ed ottengono invece l'effetto opposto.

Ben altra aria respiriamo con il libro del prof. Pampana. Prima cosa, è un libro che si legge volentieri ed, attaccato un capitolo, viene il desiderio di continuare. La scienza, di cui è materiato, non vi pesa, ma dà il sale che condisce il discorrere piano e familiare dell'A.

Uomo del suo tempo, egli non nega ai suoi contemporanei i piaceri che può offrire la vita, ma solo indica il modo di usarne e di trarne anche vantaggio, la maniera di risentire il minor danno possibile dalla vita artificiosa a cui siamo costretti.

L'igiene personale, dell'ambiente, le intossicazioni voluttuarie, il lavoro, sono trattati in un primo capitolo. L'A. si occupa in seguito della medicina preventiva, tema questo di grande attualità, completato dalla visita periodica, integrando il capitolo con norme pratiche su alcune malattie infettive.

A parte, tratta le grandi malattie sociali di oggi: la tubercolosi, la malaria, le malattie sessuali, i tumori ed in seguito alcune malattie prevenibili, il raffreddore, i reumatismi e le malattie cardiache, le infezioni tifose, l'ipertensione, le infezioni focali. Da ultimo, qualche cenno sui numerosi infortuni a cui la civiltà moderna ci espone e che dobbiamo cercare di prevenire.

Al buon libro del prof. Pampana è da augurare la più ampia diffusione. *fil.*

*Scritti medici in onore di R. Jemma.* Ed. E. Sormani, Milano, 1934.

Tutti gli amici e gli estimatori di R. Jemma hanno voluto collaborare a questa opera destinata ad onorarlo; e il lettore vi troverà il nome di tutti i nostri migliori Pediatri e di tutti i maggiori stranieri.

Come avviene per queste raccolte, gli scritti riguardano argomenti più svariati, e costituiscono nel loro complesso una mole di lavoro e di nomi che degnamente conferma l'alto rispetto e la grande fama di cui in Italia e all'estero gode il nostro illustre Maestro.

Bella la veste editoriale; numerose e nitide le figure; chiara la stampa: nell'insieme, due splendidi volumi. V. SERRA.

A. SIMILI. *Origini e vicende della trasfusione del sangue.* Cooperativa Tipografica Azzoguidi, Bologna. Prezzo L. 12.00.

La trasfusione del sangue ha una storia e su questa storia molto è stato scritto.

Il libro del Simili ha il pregio di raccogliere in piccolo volume tutte le notizie sull'argomento chiosandole con rilievi critici molto convincenti.

È scritto con molta chiarezza ed in modo da avvincere l'attenzione del lettore. DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

---

# I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

## XL Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Ore 15 - 17 ottobre 1934.

Presidenza: Prof. C. FRUGONI.

### Terapia vaccinica e terapia aspecifica nelle malattie infettive.

*(Continuazione; vedi num. precedente).*

LA VACCINOTERAPIA DELLA COLIBACILLOSI.

Dott. E. STORTI.

La terapia vaccinica nelle infezioni da coli viene usata già da molto tempo ed incontra un discreto favore.

La vaccinoterapia anticolibacillare, pur essendo un metodo di terapia specifica, non si deve ritenere come un esclusivo sistema terapeutico, vale a dire non si deve ricorrere sempre ad essa ed esclusivamente ad essa ogni qualvolta si debba curare un'infezione da coli, ma si deve invece considerare come un importante coadiuvante in tali cure. Infatti molte infezioni da coli, sia setticemiche sia localizzate al canale genito-urinario, hanno la loro origine nell'intestino, ma sono favorite e sostenute da particolari condizioni locali dell'apparato urinario, quali la presenza di un calcolo o di una ripiegatura del bacinetto.

In tali casi quindi la cura con vaccino anticolibacillare avrà scarso effetto, se essa non verrà unita all'asportazione del calcolo od alla correzione dell'inginocchiamento del bacinetto.

In ogni modo prima di iniziare un trattamento con vaccino anticolibacillare, bisogna sempre assicurarsi con ripetute ed appropriate indagini che nell'urina oppure nel sangue non esista che il coli in coltura pura, giacchè nella letteratura sono registrati casi di piuria che sono stati trattati senz'alcun giovamento col vaccino anticoli ma che però sono poi risultati essere sostenuti dal bacillo tubercolare.

Gl'insuccessi o gli scarsi risultati della terapia vaccinica anticolibacillare riferiti da diversi autori dipendono dal fatto che quasi sempre tali ricercatori si sono serviti esclusivamente del vaccino, non pensando che a quest'ultimo devono sempre essere unite quelle altre cure mediche, dietetiche o chirurgiche che vanno opportunamente scelte caso per caso.

Le infezioni da coli, sia generalizzate che localizzate, trovano per la maggior parte la loro origine nell'intestino, il quale funziona anche in seguito da focolaio da rifornimento.

Nella donna hanno grande importanza le condizioni del canale genitale. Altre vie d'origine, però molto meno importanti, dell'infezione colibacillare, possono essere: la via urinaria ascendente e la via cutanea per lesioni della pelle. I vaccini anticolibacillari, come i vaccini in genere, si distinguono innanzitutto in autovaccini ed in stock-vaccini. Essi differiscono poi ancora fra loro a seconda che sono costituiti da corpi microbici interi, ai quali di solito si aggiungono i filtrati dei terreni culturali su cui hanno avuto sviluppo, oppure da corpi microbici disciolti. Al primo tipo appartengono il vaccino di Fisch, che fra tutti i vaccini contro il coli è quello maggiormente usato, il vaccino di Weinberg ed il brodo-vaccino di Gallinger-Bécart; al secondo tipo appartiene il vaccino coli-soda di Mauté.

Per quanto riguarda la via di somministrazione del vaccino nella vaccinoterapia anticoli, diversamente che in altre cure vacciniche, è stata finora assai scarsamente usata la via endovenosa e con risultati che non diversificano da quelli che si ottengono con l'introduzione del vaccino per via sottocutanea. La via orale invece nella vaccinazione contro il coli è quella più usata e preferita dalla maggioranza degli AA., ed è quella che finora ha dato i migliori risultati.

Secondo diversi ricercatori, primo fra tutti Heitz-Boyer, la vaccinoterapia anticoli per via orale troverebbe un valido appoggio nel meccanismo patogenetico di tali infezioni, poichè andrebbe ad agire direttamente sull'intestino, il quale rappresenta quasi sempre il focolaio d'origine e di rifornimento dell'infezione stessa.

La vaccinoterapia anticoli può essere usata a scopo profilattico ed a scopo curativo. Quale mezzo profilattico viene usata e con risultati abbastanza buoni nella preparazione preoperatoria di individui piurici con colibacilluria che debbono essere sottoposti ad asportazione di calcoli o ad altre operazioni nel territorio urogenitale, come pure in certi prostatici che debbono essere ripetutamente trattati con cateterismi o con dilatazioni. Quale mezzo terapeutico la vaccinoterapia anticoli trova la sua migliore indicazione nelle forme acute, ed è specialmente in tali forme che essa ha ottenuto i migliori risultati, talvolta poi veramente sorprendenti.

Concludendo quindi bisogna dire, in base alla pura valutazione obbiettiva dei giudizi riferiti dai diversi Autori, che la vaccinoterapia contro il coli non deve essere trascurata e nemmeno tenuta in secondo conto, perchè può dare ottimi risultati quando venga applicata a proposito e con l'osservazione delle norme necessarie.

LA VACCINOTERAPIA ANTIPNEUMOCOCCICA.

Prof. V. ZAMORANI.

La vaccinoterapia antipneumococcica nella infanzia rappresenta in parecchi casi un intervento veramente efficace;

— non dà origine ad inconvenienti gravi e non provoca reazioni che possano aggravare il decorso della malattia, nè costituire un pericolo per l'ammalato;

— può essere usata in tutti i casi;

— è indicata nelle polmoniti e nelle broncopolmoniti; favorisce nell'empiema il processo di guarigione come elemento coadiuvante; è inefficace nella meningite, nella setticemia pneumococcica, nelle artriti;

— per via sottocutanea può dare reazione locale, sempre modesta; per via endovenosa reazione generale transitoria non grave;

— la reazione locale non presenta un comportamento perfettamente regolare; tuttavia nella maggior parte dei casi si è manifestata quando nell'organismo persisteva la tendenza a nuove localizzazioni infettive; essa sembra esprimere quindi una condizione di ipersensibilità;

— Il meccanismo d'azione della vaccinoterapia antipneumococcica è verosimilmente da ricondursi ad un processo di dissensibilizzazione specifica.

Ulteriori studi sulle oscure condizioni dell'immunità spontanea nell'uomo potranno sicuramente meglio rischiarare il meccanismo di azione della vaccinoterapia e influire efficacemente sul perfezionamento del procedimento terapeutico.

### La vaccinoterapia antigonococcica.

Prof. R. Casazza.

Premessa necessaria alla valutazione complessiva attuale della vaccinoterapia antigonococcica è la scarsezza delle cognizioni che abbiamo oggi sulla esistenza e sul valore di fatti immunitari nella infezione gonococcica dell'uomo. Negli animali da esperimento si è dimostrata una naturale congenita immunità contro l'infezione, immunità praticamente assoluta, in particolare nelle mucose, le più recettive nell'uomo, nel quale invece non si sono potuti rilevare fatti di simile congenita immunità generale.

Molto discussa è l'effettiva esistenza e portata di una immunità acquisita nell'uomo. Vi sono fatti clinici ben noti e classici (è in via clinica che quasi unicamente si può studiare l'infezione non trasmissibile agli animali) che depongono se non per una vera e propria immunità acquisita, per possibili fatti immunitari parziali, transeunti, rudimentali, i quali tuttavia assumono notevole valore anche dal punto di vista dello studio della vaccinoterapia antigonococcica.

Questa dispone oggi di un grandissimo numero di *vaccini*, riconducibili ad alcuni tipi principali, più o meno rispondenti ad una serie di postulati ritenuti dall'esperienza e dalla critica necessaria alla loro buona efficacia terapeutica.

Le *vie di introduzione* tentate sono diverse: per i vaccini vivi, ad es., è obbligatoria la via sottocutanea; per gli altri in massima si discutono le indicazioni e le preferenze per la via sottocutanea intramuscolare e per quella endovenosa. Un gruppo a sè formano i metodi di iniezione « locale »: un sistema interessante è quello dell'iniezione « in loco laesionis » secondo Bucura e coll. ed un altro è quello che risponde al concetto della cosiddetta « vaccination régionale par la porte d'entrée » di Basset e Poincloux. Questi due ultimi metodi sono tuttora allo studio con favorevole attenzione, mentre rimangono assai usate la via sottocutanea-intramuscolare (meno quella intracutanea) e la via endovenosa.

Le *reazioni* da vaccino vanno suddivise in *locali* (al punto d'iniezione), *generali e di focolaio*. Nelle prime ha solo speciale importanza quella susseguente all'uso di vaccini vivi: le reazioni generali sono dominate dal fatto di un accesso febbrile con caratteri ed andamento costanti. Le reazioni generali e le reazioni di focolaio assurgono ad alta importanza teorica oltre che pratica: sono da molti AA. ritenute necessarie perchè un vaccino sia da ritenersi buono e perchè da esso si ottengano utili risultati.

Ciò si riflette anche sulla valutazione delle *posologie* da usarsi per le diverse vie di introduzione. Un tentativo di stretta schematizzazione per le posologie non è possibile data la varietà dei vaccini, delle vie, delle lesioni, delle reattività soggettive; fissati alcuni indirizzi principali di giudizio, si conclude per la necessità di una valutazione clinica, fatta malato per malato, iniezione per iniezione, e tenendo conto delle reazioni, approfittando del vantaggio curativo da queste apportato ed evitando i pericoli concomitanti con la cosidetta « fase negativa ».

Riguardo al *meccanismo di azione* della vaccinoterapia antigonococcica, scartato il concetto di Wright che lo riportava a modificazioni dell'indice opsonico (diminuito nella fase negativa e viceversa), oggi si discute principalmente su due indirizzi esplicativi. Da una parte si vuol vedervi un fenomeno a sfondo immunitario specifico vero e proprio, dall'altra parte si ammette un meccanismo esplicativo a sfondo aspecifico, rientrante nel dominio della proteinoterapia aspecifica.

Riguardo al *campo di applicazione* clinica della vaccinoterapia ed alle preferenze da darsi all'uno od all'altro vaccino, all'uno od all'altro metodo, alle posologie, alle vie d'introduzione, alle forme morbose d'eziologia gonococcica che meglio risentono della vaccinoterapia, vi è notevole disparità di vedute entro l'estesissimo contributo che la bibliografia e la esperimentazione portano all'argomento.

In vista delle indicazioni cliniche generiche, occorre fare la distinzione fra forme gonococciche *superficiali* e *profonde*: divisione che, se pur criticabile sotto certi punti di vista, nell'argomento della vaccinoterapia riveste notevole valore, in quanto la si ritiene in massima non efficace nelle forme superficiali (uretriti ad es.) e riservata in genere a quelle profonde, le quali proprio possono interessare varie discipline mediche al di là della sola venereologia. Le forme profonde comprendono in massima le complicanze della blenorragia, da suddividersi a loro volto in genitali ed extra-genitali.

Il giudizio conclusivo complessivo sul valore attuale da attribuirsi alla vaccinoterapia deve, tutto considerato, essere formulato con prudente riservatezza, soprattutto tenendo conto del fatto che — in massima — la vaccinoterapia antigonococcica non permette di trascurare un contemporaneo uso di altri mezzi di terapia locale (disinfettanti, mezzi fisici, ecc.). L'uso del vaccino è quindi da considerarsi solo come « un mezzo » e con « il mezzo » di curare l'infezione gonococcica, in qualunque forma o varietà clinica essa si presenti. Pur tuttavia, siccome contro l'infezione gonococcica la nostra capacità terapeutica non è certo nè brillante, nè sicura, nè rapida, l'aiuto che in molte forme morbose gonococciche può darci la vaccinoterapia risulta indirettamente di non trascurabile valore, tanto più che la vaccinoterapia stessa risulta in pratica essere il migliore fra i vari mezzi di terapia generale antigonococcica che possediamo (sieroterapia, proteinoterapia, chemioterapia, malarizzazione, piretoterapia in genere).

PARTE II.

## Terapia aspecifica delle malattie infettive.

Prof. G. BOERI (Napoli).

Alla terapia aspecifica è stato assegnato tale nome per contrapporla all'azione di altre sostanze, alle quali la batteriologia, la sierologia e la immunologia hanno riconosciuto una specificità di funzione.

Proteinoterapia, colloidoterapia (Luithlen), stimoloterapia (von den Velden), terapia omnicellulare, terapia con germi eterogenei (Kraus), sono le denominazioni più comunemente usate per indicare la terapia aspecifica. Il termine di « proteinoterapia » è il più comune. Esso potrebbe essere giustificato anche oltre i confini del suo valore chimico letterale, perchè pare che tutti gli agenti aspecifici inducono una disgregazione cellulare con passaggio in circolo di derivati proteinici.

L'azione della proteinoterapia è in genere bifasica, si hanno cioè, in seguito allo stimolo, prima fenomeni di un dato ordine e poi fenomeni di ordine opposto (legge di Arndt-Schultz). Si ha, per es., leucopenia in primo tempo e poi leucocitosi, ipotermia in primo tempo e poi ipertermia, ipotensione arteriosa in primo tempo, forse per un eccitamento del sistema linfatico e immissione in circolo di ormoni ipotensivi (De Nito), ecc.; si hanno cioè modificazioni più o meno simili a quelle della sindrome emoclasica di Widal.

Gli effetti biologici sono più intensi se si ricorre ai derivati delle proteine, anzichè alle proteine pure. Tra i più importanti effetti, secondo Weichardt, deve ricordarsi la proprietà di dette sostanze di provocare un aumento degli anticorpi (agglutinine, batteriolisine, emolisine, opsonine) in soggetti naturalmente o artificialmente immunizzati, di aumentare il potere complementare del sangue, di aumentarne il potere antitossico contro la tossina tetanica, di aumentare il potere del sangue di uccidere i virus filtrabili, come il vaioloso. Importanti le ricerche sull'argomento (sopratutto sulla reiniezione di sangue dello stesso organismo) di Scaffidi e della sua Scuola nonchè del De Nito. L'esaltamento dei poteri immunitari è d'altra parte contraddetto dal Sampietro.

Le proteine iniettate, inoltre, stimolano, in piccole dosi, le secrezioni (lattea, salivare, gastrica, pancreatica, lacrimale e biliare), stimolano il sistema mieloide e quello eritroblastico, esaltano le ossidasi leucocitarie (Ricozzi), accelerano il ricambio dell'azoto, aumentano la labilità colloidale del plasma, modificano la concentrazione molecolare, il contenuto in elettroliti e degli idrogenioni, la tensione superficiale e l'indice refrattometrico del sangue, accelerano la velocità di sedimentazione delle emazie, aumentano la viscosità del sangue, aumentano il fibrinogeno e poi anche le globuline e le albumine del siero di sangue, modificano la permeabilità dei capillari, agiscono sui centri termogenetici e termoregolari con conseguenti rialzi febbrili, stimolano il sistema neuro-vegetativo. La proteinoterapia esplica pertanto un'azione generale, omnicellulare, ma non di rado agisce anche soltanto o in prevalenza topograficamente, e ciò più che in rapporto alla natura dello stimolo, in dipendenza di speciali condizioni dei tessuti su cui lo stimolo agisce (von den Velden). Inoltre tutte le modificazioni descritte si effettuano nel mesenchima e risultano più spiccate negli organi più ricchi di reticolo endotelio, ad illustrare l'importanza del quale, come sistema di produzione degli anticorpi (agglutinine, emolisine) e come sistema che influisce sul potere complementare del sangue (azione questa non prima da altri dimostrata) hanno contribuito le rigorose ricerche del De Nunno.

Tra gli effetti biologici della terapia aspecifica debbono citarsi a parte quelli di alcuni agenti speciali. Le stomosine del Centanni esplicherebbero un'azione specifica e aspecifica insieme; l'antivirus di Besredka agirebbe pure come un agente non specifico (Ninni e Molinari); i metalli allo stato colloidale agirebbero, secondo una delle varie teorie sul meccanismo di azione di essi, provocando nei tessuti la formazione di derivati proteici attivi; gli agenti chemioterapici dovrebbero tra l'altro la loro azione al fatto che i germi patogeni da essi uccisi rappresentano delle proteine estranee all'organismo; la radium- e la röntgenterapia sarebbero attive in quanto che provocano una disintegrazione cellulare con tutti gli effetti di una proteinoterapia. L'importanza di tale citolisi era stata già intraveduta nel 1911 dal R., il quale attribuiva alla genesi tumultuosa di essa i fenomeni di reazione o di intolleranza da lui rilevati nelle applicazioni radioterapiche (febbre reattiva, dolori ossei, ecc.), mentre nella stessa pubblicazione (faceva notare come l'azione apparentemente intelligente esercitata dai raggi X sui tessuti patologici (leucociti nella leucemia, cellule neoplastiche nei tumori, ecc.) altro non esprime che la maggiore sensibilità o vulnerabilità (radiosensibilità) di fronte ai raggi X degli elementi cellulari più giovani o più eterologhi, il che equivale a dire un'azione topografica, di tropismo esplicata dai raggi X, analoga a quella che più recentemente è stata talora attribuita alla terapia aspecifica in generale.

Tra i mezzi di terapia aspecifica deve essere ricordato anche il glucosio, sulla cui azione un largo contributo di ricerche è stato portato dalla Clinica del Relatore.

Premesso che anche i sieri ed i vaccini specifici debbono in parte la loro azione ad una componente aspecifica, si può affermare che questa compenetrazione della specificità e dell'aspecificità deve rapportarsi ad un principio generale di biologia. Anche per i sieri citotossici antiche ricerche del Relatore hanno dimostrato, per es., che, mentre il siero neurotossico è fortemente neurotossico, è anche un poco emolitico e, reciprocamente, il siero emolitico è anche un poco neurotossico. La specificità, cioè, è una proprietà prevalente, ma non esclusiva.

Secondo le varie teorie avanzate per interpretare il meccanismo d'azione della terapia aspecifica, essa agirebbe determinando o un *mutamento dell'organismo* (von den Velden) o una *ipersensibilizzazione dell'organismo*, istogena e umorale insieme, una specie di *allergia* che può anche identificarsi con l'immunità, ma che può talora portare a manifestazioni anafilattiche (von den Velden). Per altri l'azione della terapia aspecifica è legata alla natura colloidale dell'agente adoperato (*colloidoterapia*); per altri ancora (Widal) è dovuta allo *squilibrio colloidale* del plasma (cui seguirebbe quello dei protoplasmi) indotto dall'agente aspecifico. Il Weichardt pensa che i prodotti della disintegrazione proteica provocata dalla proteinoterapia esaltino le funzioni cellulari con vantaggio

per la resistenza e la difesa organica (*attivazione del protoplasma*).

Altre interpretazioni sono ancora: quella dello *stimolo omnicellulare*, quella della *fagocitosi*, quella dell'*esaltamento dei fermenti difensivi o protettivi* nel plasma (Abderhalden) o del'*attività fermentativa* di tutti gli organi, attività che può essere dimostrata e valutata con le recenti tecniche della sinforeazione e della enzimoreazione di Sivori, Rebaudi e Menniti, della scuola del Maragliano.

F. Müller e Petersen vedono nell'azione della terapia aspecifica un effetto dello *squilibrio simpatico-parasimpatico* indotto dai mezzi aspecifici. Centanni, a proposito delle stomosine, è anche seguace della teoria della *attivazione del protoplasma* e ne rivendica a sè la priorità.

Gli agenti della terapia aspecifica sono numerosissimi.

Per molti terapisti la via di introduzione più attiva è quella endovenosa, ma dalla pratica (anche del Relatore) si rileva che pure la via ipodermica e quella endomuscolare danno buoni risultati. Müller ha adoperato felicemente la introduzione percutanea o per scarificazione, altri la via della mucosa digerente e delle vie respiratorie. Il Relatore aveva già messo in evidenza circa venti anni or sono la sorprendente capacità di assorbimento della superficie bronco-polmonare, proponendo in base a tali ricerche il metodo terapeutico delle iniezioni endotracheali.

È necessario inoltre, in pratica, apprezzare e valutare l'intensità della reazione, specialmente febbrile, indotta dallo stimolo aspecifico. Contrariamente all'opinione di altri, il Relatore ritiene che l'effetto curativo sia quasi obbligatoriamente ed anche proporzionalmente collegato alla elevazione termica ed agli altri sintomi esprimenti quella stimolazione che provoca l'effetto curativo e giudica che il timore così diffuso nella pratica per alcune reazioni, anafilattiche soprattutto, sia alquanto esagerato, poichè quasi sempre a queste crisi segue la guarigione, se esse non si manifestano in individui già iperpiretici o in condizioni di notevole depressione generale.

*Inconvenienti* osservati in seguito alla terapia aspecifica, più spesso legati ad eccesso della posologia, sono le reazioni termiche esagerate, l'insorgenza di crisi emoclasiche, la così detta fase negativale, sindromi anafilattiche, la intossicazione proteica (Galeotti e Pentimalli), l'esaurimento della capacità di reazione dell'organismo, il riaccendersi di focolai morbosi latenti (colecistiti, pieliti, ecc.), l'albuminuria lieve.

*Cntroindicazioni* assolute sono lo stato cachettico o di gravità in generale dell'infermo, l'incapacità del soggetto a reagire, un'endocardite o le flebiti per esempio, per non esporre l'infermo alla formazione di emboli. Anche una nefrite di discreta intensità può rendere esitanti a ricorrere alla terapia aspecifica.

Per prevenire gli inconvenienti suddetti si baderà ad usare per ciascun individuo lo stimolo minimo, necessario e sufficiente per ottenere un aumento della resistenza cellulare (stimolo-soglia), il che non sempre è facile a stabilire. In pratica occorre sorvegliare la curva termica e in caso di reazioni febbrili un po' alte non si ripeterà la iniezione se non si è prima ristabilita la temperatura abituale.

Per evitare i suddetti inconvenienti si può ricorrere utilmente anche alla nota tecnica delle iniezioni subentranti consigliata dal Besredka o, per gli individui che vanno soggetti a manifestazioni anafilattoidi per un dato alimento, alla somministrazione di una piccola quantità di questo tre quarti d'ora prima del pasto (scheptofilassi) o, se la sostanza si inietta per via venosa, al procedimento della tachifilassi consigliato dal Cesa-Bianchi (aspirazione di sangue, ripetute volte, nella siringa, contenente la soluzione da iniettare, introducendo la miscela lentamente e a tratti).

L'attività della terapia aspecifica, infine, può essere aumentata con varii espedienti di *sinergie terapeutiche*: facendo precedere un trattamento specifico a quello aspecifico (von den Velden); usando lattovaccini preparati con culture di germi in latte (Cantani A. iuniore) o vaccini comuni addizionati con latte; associando la proteinoterapia, a seconda delle indicazioni richieste da ogni singolo caso, col salicilato di sodio, col bismuto, col mercurio, con la chinina, con gli ipnotici, col neosalvarsan, con lo yatren, con l'insulina, con lo zolfo, ecc.

L'origine e il meccanismo di una terapia così vasta e multiforme per mezzi, per effetti, per indicazioni e per risultati terapeutici si possono soltanto trovare penetrando nella più intima essenza della vita. Questa è dominata e diretta da due principii fondamentali: la conservazione della specie e la conservazione dell'individuo. Quest'ultima, la quale è quella che interessa all'argomento in questione, è affidata ad un principio generale, fondamentale di biologia: il principio della difesa organica, che si può mettere in evidenza negli esseri unicellulari così come negli esseri più evoluti, nel regno animale così come nel regno vegetale. Per tale principio, l'organismo tende a difendere e a mantenere la sua integrità anatomica e funzionale, rispondendo ad ogni stimolo perturbatore e funzionale, rispondendo ad ogni stimolo perturbatore o patogeno con una reazione che in fondo è, forse, un riflesso. Il Relatore ricorda qui parecchie sue antiche ricerche, le quali valgono ad illustrare tale principio.

Tutte le ricerche fatte dimostrano quanto sia ricca, diffusa, generale, svariata, mirabile la difesa dell'organismo contro tutti gli stimoli, cui si possono ricondurre tanto le offese, le cause patogene, come le influenze curative e in particolare gli stimoli della terapia aspecifica. Questa pertanto viene a stimolare quella sensibilità, quella irritabilità, quella reattività o quella difesa che è insita nel protoplasma delle cellule. Con la terapia aspecifica, in fondo, si stimola questa sapiente e provvida facoltà naturale, per cui ancora una volta il medico si dimostra *naturae minister non magister*.

Ma nella difesa organica entra a buon diritto il sistema nervoso. Il Relatore già da molti anni ha insistito sull'importante influenza che il sistema nervoso esercita sugli organi della vita vegetativa, influenza che, come risulta dagli studi del Metalnikow e della scuola russa, si estende fino alle reazioni immunitarie, alle quali possono anche applicarsi le leggi dei così detti riflessi condizionati del Pawlow. E tra gli stimoli condizionati si può classificare perfino la parola, specie nell'uomo, cosicchè nulla osta ad ammettere l'ef-

ficacia curativa delle parole e l'azione di esse sull'immunità e sulla difesa organica. In tal modo il campo dei mezzi e delle indicazioni della terapia aspecifica si allarga, potendosi ricondurre ad essa sia la suggestione, o meglio la persuasione, sia tutte le risorse della rieducazione della vita vegetativa e di quella di relazione, sia la psicoterapia, che il Relatore vorrebbe chiamare la rieducazione delle idee e del pensiero, fino ai soccorsi innegabili ed inestimabili della fede.

(*Continua*).

# XLI Congresso Italiano di Chirurgia.

Ore 15 - 17 ottobre 1934.

Presidenza: Prof. R. ALESSANDRI.

## La chirurgia del colon (esclusi i tumori, le cisti e l'appendice).

Prof. L. DOMINICI (Perugia).

(*Conclusioni*).

Il R., premesso un capitolo con le cognizioni più importanti sull'anatomia chirurgica e la fisiologia, si occupa in una seconda parte della patologia e della clinica, dividendo le affezioni del colon suscettibili di cura chirurgica, in vari capitoli: il primo riguarda le malformazioni congenite ed acquisite, il secondo la stasi intestinale cronica, la stitichezza abituale, la costipazione cronica, la malattia di Lane, gli altri successivamente dei traumi del colon, dei corpi estranei ivi inclusi i tumori fecali del retto e del sigma, gli stercoromi e gli stercoliti, delle flogosi diffuse e circoscritte e delle coliti acute e croniche, della tubercolosi, dell'actinomicosi, della sifilide, del linfogranuloma, della dissenteria amebica e bacillare, dell'ulcera semplice, della porpora addominale, dei diverticoli del colon (diverticolosi e diverticoliti), delle occlusioni (volvoli, invaginazioni), delle lesioni del colon da chiusura dei vasi mesenterici, delle fistole e della poliposi. In un terzo capitolo viene trattata poi la tecnica operatoria.

Classifica le malformazioni in m. da aderenze, briglie, membrane, in m. per anomalie di posizioni e di fissazione, in m. per anomalie di volume (microcolon, dilatazione acuta del colon, tiflectasia, megacolon), in m. per anomalie di lunghezza (dolicocolon), in m. per anomalie di calibro (stenosi, spasmi), in m. per anomalie della valvola ileo-cecale. Di ognuna di esse studia l'etiologia e la patogenesi, l'anatomia patologica e la sintomatologia, anche in base alla propria esperienza clinica, per giungere poi a deduzioni terapeutiche. Per quanto riguarda le malformazioni da aderenze, ritiene che sia sempre da tentare prima di ogni altra la cura medica e ove questa non riesca si debba ricorrere all'intervento chirurgico che può consistere nelle pericololisi con o senza operazioni complementari (pervie, plicature), nelle enteroanastomosi e nelle ectomie. Le prime hanno dato assai spesso buoni risultati: se non sono possibili, preferisce le colectomie parziali, di cui fissa le indicazioni.

Speciale cura il R. rivolge alla trattazione del megacolon che egli distingue in vero e falso, intendendo per questo ultimo quello secondario ad un ostacolo. La patogenesi del megacolon vero è ancora oscura: il R. si schiera con coloro che attribuiscono all'affezione una origine nervosa in dipendenza di un disquilibrio della funzione simpatico-parasimpatica, la cui causa rimane però ignota. Da questa teoria neurogena (ipertono del simpatico) è stato dedotto il metodo di cura della simpatectomia lombare, e i buoni risultati che ne sono stati ottenuti sembra che confermino la teoria stessa. A parte questa terapia, le indicazioni per l'intervento chirurgico nel m. vero sono: nei casi di m. sigmoideo, non complicati, colectomia in uno o più tempi con enterorrafia circolare immediata, nei casi di m. esteso o generalizzato enteroanastomosi in primo tempo e colectomia totale dopo qualche mese.

Il dolicocolon non richiede in sè e per sè nessuna cura, la quale si rende necessaria quando esso determina una grave costipazione o delle gravi crisi dolorose. L'intervento chirurgico, al quale si giungerà se la terapia medica è infruttuosa, consiste nella resezione del segmento malato che ha dato una elevata percentuale di guarigioni permanenti, sebbene abbia dato anche una mortalità immediata non trascurabile. La colectomia in più tempi è preferibile.

Nelle stenosi, allorchè è necessario intervenire chirurgicamente nei casi non complicati da occlusione vera, si potranno praticare o l'enteroplastica ovvero delle anastomosi o delle ectomie a seconda della sede, della estensione e della causa che ha prodotto la stenosi.

Il capitolo delle stasi intestinali croniche è ancora in elaborazione e presenta molti lati oscuri pur dovendosi ritenere al giorno di oggi che queste non rappresentino una malattia a sè, ma una sindrome che si può osservare in varie occasioni morbose e che il chirurgo, quando l'ha diagnosticata, deve precisare se si tratta di una costipazione da causa meccanica o funzionale, per stabilire le indicazioni di una eventuale cura chirurgica e praticarla in modo esatto.

La chirurgia ha largo campo di applicazione nelle stasi intestinali croniche da cause meccaniche od anatomiche, nelle quali si possono praticare vari interventi con successo, pur ricordando che le alterazioni coliche e pericoliche non sono sempre tutto nella stasi intestinale cronica, perchè vi si possono aggiungere spesso le alterazioni funzionali della muscolatura le quali, se qualche volta scompaiono dopo l'intervento praticato sulla lesione anatomica, possono anche permanere in modo più o meno attenuato. Probabilmente però dopo l'intervento, esse sono più facilmente curabili con la cura medica che bisogna sempre seguitare ad applicare per qualche tempo.

Nella stasi intestinale cronica puramente od anche prevalentemente funzionale il chirurgo ha poco da fare, come oggi sempre più si tende ad ammettere. Se in questi casi egli si decide ad intervenire per la gravità della sindrome, per l'impossibilità del paziente di seguire a lungo ed attentamente la cura medica e per l'insufficienza di questa anche se ben fatta, dovrà preferire alle anastomosi, alle esclusioni ed alle colectomie totali, una colectomia parziale che sarà per lo più l'emicolectomia destra in un tempo, se le condizioni del paziente non sono molto alterate in seguito all'intossicazione, ovvero in più tempi.

Circa i traumi del colon il R. ricorda la relativa benignità delle ferite quando sono isolate, mentre quando insieme col colon sono feriti altri visceri, la mortalità sale moltissimo. È per l'in-

tervento immediato, badando nel decorso post-operatorio alla immobilizzazione e alla tranquillità del paziente.

Le coliti hanno importanza per il chirurgo solo dal punto di vista terapeutico: il problema chirurgico delle coliti non è ancora risoluto e deve essere meglio studiato. In modo schematico si possono dare le seguenti indicazioni: 1) nelle coliti acute, a prescindere dalle forme complicate da peritoniti nelle quali è necessario operare di urgenza, il chirurgo interverrà soltanto eccezionalmente quando esse resistono alla cura medica e danno disturbi gravi e farà o l'appendicostomia o meglio un vero ano contro natura cecale, che, come i risultati hanno dimostrato, corrisponde allo scopo più dell'appendicostomia; 2) nelle coliti croniche l'indicazione operatoria è più frequente, sempre però dopo avere applicato in un primo tempo la cura medica; e l'intervento consisterà anche qui nell'appendicostomia o piuttosto in un ano contro natura, che bisogna fare permanente e lasciare aperto per lungo tempo, anche fino a due anni, durante i quali sarà continuata la cura medica e saranno praticati lavaggi dell'intestino malato attraverso all'ano artificiale con soluzione fisiologica o di acido tannico o di altre sostanze. Se questa cura non corrisponde allo scopo, si praticherà dopo qualche tempo un'anastomosi, ovvero, nei casi nei quali si trovano alterazioni molto gravi, coliche e pericoliche, la resezione, che in questi casi è stata quasi sempre praticata in più tempi.

Esposti e discussi nel capitolo delle flogosi circoscritte, alcuni casi personali, il R. studia la tubercolosi del colon e la indicazione degli interventi chirurgici nelle varie forme dell'affezione. Ritiene che nella colite tubercolare ulcerosa non è possibile una operazione radicale e bisogna ricorrere alla laparotomia semplice non potendosi quasi mai praticare le enteroanastomosi o le esclusioni perchè è difficile trovare tessuto sano per le suture; nelle lesioni localizzate multiple può essere eseguita l'enteroanastomosi tra ileo ed ansa iliaca purchè questa sia sana, in caso contrario è possibile solo la cecostomia; nella tubercolosi ipertrofica localizzata, l'operazione di scelta è la resezione intestinale, che in genere trova poche controindicazioni locali e dà buoni risultati lontani in un numero abbastanza rilevante di casi. Una controindicazione a questo intervento può essere data dalle condizioni generali, le quali, se sono molto gravi, permetteranno soltanto un'operazione palliativa e nei casi limiti autorizzeranno ancora una resezione in più tempi. Alcuni AA. si sono mostrati partigiani delle semplici enteroanastomosi, ma il R. ritiene fisso il principio della superiorità della resezione, sia perchè l'addebito che ad essa si fa di riattivare focolai polmonari può valere anche per qualsiasi altro intervento, sia perchè ben difficilmente le condizioni locali sono tali da costituire una controindicazione per la resezione. Nelle forme entero-peritoneali, l'operazione radicale dell'ectomia presenta in genere difficoltà tecniche molto grandi che fanno correre al malato dei gravi pericoli. Perciò in linea generale bisogna limitarsi ad un'operazione di derivazione: l'anastomosi semplice è insufficiente e bisognerà preferire l'esclusione intestinale, per lo più unilaterale, quella biiaterale soltanto quando vi è già una fistola patologica.

Altro capitolo su cui il R. ferma la sua attenzione è quello dei diverticoli, la cui patogenesi è tuttora oscura. Oggi si ritiene più probabile un'origine meccanica di essi, sia da trazione, sia da propulsione, in quanto le teorie della stasi vascolare e quella adiposa non permettono di spiegare la formazione di diverticoli che si trovino sul margine opposto al mesosigma. Forse la patogenesi più rispondente alla realtà è l'aumento della pressione intraintestinale combinato con un'alterazione della resistenza delle pareti prodotta da una delle cause anzidette. In alcuni casi non si può negare un'origine congenita (diverticoli formati da tutte e tre le tuniche intestinali). Quando i diverticoli non sono complicati dalla flogosi o dalla perforazione, essi in linea generale non richiedono un intervento. Ma in qualche caso sono stati operati sia dopo averli trovati accidentalmente in un intervento, sia dopo averli esattamente diagnosticati. L'introflessione e l'affondamento con sutura di piccoli ed isolati diverticoli non sono consigliabili, sebbene in qualche caso siano stati praticati, perchè il diverticolo infossato può essere il punto di una invaginazione colocolica e può anche determinare una stenosi del lume intestinale, sebbene questo fatto in corrispondenza del colon sia più difficile a verificarsi che non nel tenue. È molto più indicata la resezione segmentaria o la resezione parziale. Nelle forme basse si può fare una cura locale.

Le occlusioni comprendono i volvuli e le invaginazioni. Per i primi la semplice detorsione dell'ansa non pone al riparo da recidive: il R. ritiene che la resezione, possibilmente in un sol tempo, resta perciò l'intervento di scelta, per i secondi la disinvagazione dà risultati buoni nelle prime 24 ore, ma al di là di questo tempo essa è raramente possibile e tutti gli altri interventi, specie la resezione in un sol tempo, sono molto gravi.

Accennato ad altri capitoli sulla patologia del colon, il R. tratta in ultimo delle poliposi, distinte in parassitarie, infiammatorie ed essenziali. Dubbia è ancora la loro patogenesi, se si tratti cioè di tumori nel vero senso della parola o di infiammazioni. La terapia varia secondo la causa: in quelle parassitarie la terapia è specifica, nelle forme infiammatorie, oltre al trattamento locale, si può praticare una derivazione delle feci all'esterno con successivi lavaggi dell'intestino malato; in quelle essenziali, se localizzate, la exeresi o la elettrocoagulazione. Quando la poliposi è generalizzata, qualsiasi terapia è insufficiente.

(*Continua*).

## II Congresso internazionale di Medicina sportiva di Chamonix.

Come fu a suo tempo annunciato ebbe luogo, a Chamonix nei giorni 3, 4 e 5 settembre, sotto la presidenza dei proff. P. CARNOT di Parigi e A. LATARJET di Lione, il 2° Congresso internazionale di Medicina applicata all'Educazione fisica e agli Sports. Ad esso ha partecipato una larga rappresentanza di 13 Nazioni europee e americane, fra i quali numerosi studiosi italiani: il prof. sen. G. Viola, il prof. sen. N. Pende e i proff. Donaggio, Frassetto, F. Schiassi, Cassinis, P. Benedetti, G. Pini, Antognetti, Ajello, Poggi-Longostrevi, Viziano ed altri.

I temi di relazione riguardavano: 1) *La « standardizzazione » della scheda biometrica sportiva;* 2) *Il controllo medico dell'educazione fisica e degli*

*sports; 3) Le indicazioni mediche degli esercizi fisici e degli sports a grandi altezze.*

Il primo tema di relazione, senza dubbio il più importante, riflette una questione di grande attualità e di vivo interesse nel campo medico sportivo internazionale.

Già da tempo in Italia era stata riconosciuta la necessità di una Scheda biometrica da compilarsi per tutti quelli che si dedicano agli esercizi fisici e sportivi. Prova ne sia la obbligatorietà della Scheda biotipologica per tutti gli inscritti all'Opera Nazionale Balilla, e ciò al fine di controllare lo sviluppo e la crescita dei giovani che da parte dello Stato sono sottoposti all'educazione fisica, e di evitare i danni che potrebbero derivare da esercizi fisici non adatti ai singoli individui. Del pari obbligatoria è presso di noi la compilazione di una scheda biometrica per coloro che, iscritti ai G.U.F. o ai Fasci giovanili di combattimento praticano lo sport. Oltre a ciò fin dal 1929, com'è noto, esistono in Italia a cura del « Comitato medico nazionale di cultura fisica » presieduto dal sen. prof. G. Viola, le due Schede massima e minima per la valutazione individuale fisica e sportiva, schede che hanno assunto carattere ufficiale con l'approvazione del C.O.N.I. e con l'adozione di una di esse da parte della « Federazione italiana dei medici dello sport ». In queste schede, fra le altre innovazioni originali v'è anche quella, importantissima, della determinazione diretta delle attitudini fisiche e psicologiche dei singoli candidati, che vengono sottoposti ad una serie di prova a base di esercizi sportivi classici opportunamente scelti, i risultati delle quali sono da valutarsi in punti olimpionici e quindi in base ad un'apposita scala pentenaria ideata da Viola: di ciascun soggetto esaminato si apprezzano così la velocità, lo scatto, la forza, la resistenza e lo stile. Le stesse schede comprendono, oltre ad alcune misure antropometriche e all'esame obbiettivo medico, la valutazione morfologica esterna ispettiva, che è il necessario completamento degli esami metrici.

In vista di tutto ciò, e ancora della completa organizzazione medico-sportiva che da anni è in atto presso di noi, il primo tema di relazione al Congresso di Chamonix: *La stàndardizzazione della Scheda biometrica, sportiva* era stato affidato quasi esclusivamente a studiosi italiani. Ne furono infatti i relatori il prof. sen. G. VIOLA, il prof. sen. N. PENDE, e i proff. FRASSETTO, CASSINIS, Presidente della F.I.M.S. insieme al prof. PIÉRON.

La relazione del prof. VIOLA, fatta con la collaborazione del suo allievo prof. P. BENEDETTI, ha dapprima rilevato, limitandosi alla parte antropometrica, come duplice sia l'obbiettivo della Scheda biometrica sportiva, e cioè da un lato la semplice registrazione periodica delle misure antropometriche somatiche e funzionali, dall'altro la valutazione individuale vera e propria. Dopo aver esposto quanto può ricavarsi dal semplice rilievo dei caratteri antropometrici prima e dopo l'esercizio fisico e durante l'allenamento, il prof. VIOLA si è trattenuto sul secondo obbiettivo, di gran lunga più importante e complesso, quello cioè della valutazione fisica preventiva di ciascun candidato. Egli accenna alle difficoltà inerenti al fatto di dover nello stesso tempo evitare un numero eccessivo di esami e far sì che la valutazione, che ne risulta, non sia troppo incompleta ed incerta. Per ciò propone una Scheda contenente un numero minimo di misure antropometriche standard, indispensabili in ogni caso, alle quali possono essere aggiunte altre misure, complementari e sempre suscettibili di aumento, quando lo si ritenesse opportuno. Espone quindi i principi che devono dirigere la scelta delle misure fondamentali le quali devono essere idonee per determinare non solo la massa somatica nelle sue tre dimensioni, ma anche le proporzioni fra le varie parti dell'organismo, ossia il tipo morfologico individuale. Il relatore insiste sulla necessità di scegliere le misure da includere nella Scheda dopo averne chiaramente stabilito il valore funzionale, poichè soltanto in questo senso l'antropometria può efficacemente servire: e di ogni misura occorre dare i motivi che ne giustificano la scelta. Secondo VIOLA le misure antropometriche fondamentali da adottarsi universalmente sono in numero di dieci e riguardano sia il tronco sia gli arti; esse formano un vero e proprio « sistema chiuso » e debbono essere tutte introdotte nella Scheda biometrica, perchè rappresentano il minimo indispensabile per determinare il tipo morfologico e riconoscere esattamente il grado della ectipia individuale (errore specifico), e così pure per valutare la mole somatica complessiva dell'organismo (valore somatico).

Dopo aver illustrato i pregi del metodo nella sua speciale applicazione agli sportivi e l'istrumentario in uso in Italia, il relatore elenca un secondo gruppo di misure antropometriche, non essenziali dal punto di vista della valutazione costituzionale, ma tuttavia importanti nel campo sportivo come misure complementari. Passa poi in rassegna, criticamente, le misure tradizionali (statura, perimetro del torace, peso corporeo, ecc.), che finora sono state assai largamente impiegate, soprattutto all'estero, malgrado il loro scarso valore dal punto di vista costituzionale; e così pure gli indici antropometrici fondati su queste misure, indici che hanno avuto in passato tanta immeritata fortuna, e che debbono essere definitivamente abbondonati (indice di Brugsch, di Pignet, di Verwaeck, ecc.) perchè non rispondono ai fini della valutazione fisica individuale. A preferenza di tali indici, o comunque di procedimenti antropometrici semplicistici o grossolani, quali si adottavano un tempo e anche tutt'ora specialmente all'estero, val meglio affidarsi alla semplice ispezione, tanto più che l'esame ispettivo rientra nella pratica corrente del medico e in genere in questo tipo di osservazione i medici sono allenati e possono comunque sempre perfezionarsi. Se invece s'intende usufruire dell'antropometria, è necessario applicare un metodo fondato su basi fisiologiche razionali ed applicarlo integralmente, così che l'individuo ne risulti valutato con il dovuto rigore.

La relazione del prof. FRASSETTO (di Bologna) si trattiene specialmente sull'utilità dei caratteri metrici della faccia e del cranio, e di alcuni caratteri somatici rilevabili con l'ispezione.

La relazione del sen. prof. N. PENDE riguarda la *Biotipologia umana in rapporto all'educazione fisica e alla preparazione sportiva.* Essa considera sovrattutto alcuni problemi: la distinzione fra educazione fisica giovanile ortogenetica e preparazione sportiva o preatletica; la necessità di tener conto non solo dei caratteri somatici, ma anche delle sfere affettiva e intellettuale; la necessità di non trascurare i fattori etnici, ossia la distinzione,

fin dov'è possibile, dei diversi tipi raziali in seno a ciascuna regione geografica; e riporta infine la Scheda da tempo adottata dall'Istituto Biotipologico di Genova, la quale comprende quattro distinte valutazioni: 1) morfologica; 2) funzionale; 3) del carattere; 4) dell'intelligenza.

La relazione del prof. U. CASSINIS riguarda *Gli esami fisiologici proposti per la scheda internazionale di valutazione fisica* che si riferiscono principalmente ai sistemi: muscolare, circolatorio, respiratorio, renale. Egli propone che siano adottati i seguenti esami: *a*) del sistema muscolare, mediante le prove dinamometriche; *b*) dell'apparato respiratorio con la determinazione del tipo e dell'escursione respiratoria, della capacità vitale, della frequenza del respiro in riposo e dopo la corsa, dell'apnea volontaria postinspiratoria; *c*) dell'apparato circolatorio, con la determinazione della frequenza del polso in riposo e dopo la corsa della pressione arteriosa, eventualmente anche dell'elettrocardiogramma; *d*) dell'apparato urinario con la ricerca dell'albumina a riposo e dopo la corsa; e ritiene, oltre a ciò, come necessario completamento l'esame radiografico del torace e la reazione d'ostacolo del Donaggio.

La relazione del prof. PIÉRON, infine, concerne la parte psicometrica della scheda, che secondo il Relatore dovrebbe comprendere le seguenti indagini: 1) l'esame delle funzioni sensoriali e motrici; 2) l'esame delle funzioni intellettuali (profilo psicologico); 3) l'esame delle funzioni affettive e del carattere in base ad una serie di prove che riguardano la suscettività ai perturbamenti funzionali ed agli incitamenti affettivi, la resistenza alla distrazione, alla monotonia e al sonno, la tenacia, la prontezza di decisione, l'onestà la suggestionabilità.

Il secondo tema *Il controllo medico dell'educazione fisica e degli sports* fu svolto dai relatori prof. Ch. LAUBRY, in collaborazione con A. V. BOGAERT e D. ROUTIER, e M. COLLET e MATHIEU, che si occuparono dell'apparato circolatorio; LÉON-KINDBERG, E. LESNÉ, Y. LE GRAND-LAMBLING in tema di controllo dell'apparato respiratorio; e infine GARSEAUX circa il controllo medico degli aviatori.

Il terzo tema, attinente alle indicazioni mediche degli esercizi fisici e degli sports di alta montagna, era affidato ai relatori di PIÉRY e MILHAUD (*Esercizi fisici e altitudine: effetti fisiologici e indicazioni terapeutiche*), G. MOURIQUAND (*Il soggiorno dei bambini in montagna e la sua acclimatazione*), A. ROLLIER (*Sul trattamento elio-alpino e sulla rieducazione fisica dei malati di tubercolosi ossea e dei predisposti*), A. SCHICKELÉ e L. THÉVENOT (*Sul rilevamento e sul primo trasporto dei feriti in montagna*), LABEY (*Sull'alimentazione degli sports alpini*).

Furono inoltre presentate e svolte numerose comunicazioni, fra cui quelle del prof. DONAGGIO sulla *Reazione d'ostacolo come test della fatica;* del prof. G. VIOLA sulla *Scheda ufficiale italiana per la valutazione fisica e sportiva (scheda massima)* e ancora *Sui criteri di valutazione dei caratteri fisici individuali;* di L. BRUHA *Sui rapporti fra ghiandole endocrine e lavoro muscolare;* di G. PINI *Sui rapporti fra la corteccia surrenale e il lavoro sportivo;* di U. CASSINIS *su alcune modificazioni del sangue in rapporto al fenomeno d'ostacolo di Donaggio dopo la corsa;* di C. HEYMANS *Sui meccanismi regolatori della frequenza del cuore;* di P. BENEDETTI *Sul metodo di valutazione tridimensionale del cuore.*

Il Congresso ha quindi formulato unanimente il voto che siano quanto prima istituiti presso le Facoltà mediche universitarie di ogni Paese regolari insegnamenti di Medicina applicata all'Educazione fisica e agli Sports, e ciò per gli studenti, sia per i Medici che intendono dedicarsi a questa disciplina; e ancora che il relativo diploma di specializzazione sia reso obbligatorio per quei sanitari che per il loro ufficio debbono possedere una particolare competenza in materia (medici militari, ufficiali sanitari, medici scolastici, delle associazioni sportive, ecc.).

Oltre a ciò il Congresso ha ritenuto di addivenire a proposte concrete circa la scheda biometrica *standard*, e dopo esauriente discussione ha affidato ad una Commissione, presieduta dal prof. A. LATARYET, Presidente dell'Ass. Int. Medico-sportiva, il compito di formulare uno schema di scheda individuale per la valutazione preventiva di candidati allo sport e ciò allo scopo di unificare i metodi e i criteri in uso presso le varie nazioni. Dalla commissione fu pertanto pienamente riconosciuto che le scuole mediche italiane da lungo tempo si trovano all'avanguardia di questo genere di studi, principalmente per merito dell'indirizzo e del metodo d'indagine costituzionale di DE GIOVANNI e di VIOLA e ancora in seguito alla saggia organizzazione medico-sportiva esistente in Italia, mercè le provvidenze del regime fascista, ben consapevole della grande importanza igienico-sociale che assume l'intervento del medico nelle palestre e nei campi di gioco, dove entra in contatto con la gioventù della Nazione intera. La Commissione stessa ha sottoposto all'Assemblea plenaria, dalla quale fu approvata all'unanimità, una scheda-tipo da adottarsi per la standardizzazione internazionale: essa comprende la serie degli esami funzionali proposti dal prof. U. CASSINIS, la reazione di ostacolo del Donaggio o lo schema psicometrico di PIÉRON, e soprattutto risponde fedelmente ai principi e ai risultati delle attuali Scuole costituzionaliste di Bologna e di Genova, e include tutti gli esami antropometrici richiesti dal metodo di VIOLA e già da tempo introdotti nelle schede consimili che sono in uso in Italia.

I risultati del Congresso di Chamonix segnano dunque una precisa affermazione della dottrina e del metodo costituzionale italiano ed un riconoscimento, quale non si saprebbe desiderare più esplicito, delle possibilità applicative di questo indirizzo di studi clinici, che è sorto presso di noi col De Giovanni e che oggi riceve così un'autorevole sanzione in campo internazionale, venendo posto a fondamento della valutazione fisica degli sportivi. A.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

**Risultati lontani del quadro ematologico dopo resezione gastrica.**

Sulla comparsa di anemie, a tipo pernicioso o secondario, dopo resezione gastrica, sono discordi le opinioni dei diversi AA. Sono stati resi noti singoli rari casi di anemia a tipo pernicioso ed altri più numerosi (fino al 50 % dei casi operati) di anemia a tipo secondario.

Rieder (*Zbl. f. Chir.*, n. 13, 1934) ha studiato il quadro ematologico in 162 casi operati di resezione gastrica da 3-10 anni. Il 61 % dei casi mostrò un quadro ematologico del tutto normale; il 15 % mostrò un contenuto emoglobinico tra 75 e 70 % con quadro ematologico, per il resto normale; solo il 24 % mostrò una notevole anemia a tipo secondario; in nessun caso fu osservata anemia a tipo pernicioso.

In 86 casi dei 162 studiati era stato praticato l'esame del sangue prima dell'operazione e di questi 86 casi: il 45,3 % era normale prima e dopo l'operazione; il 34,8 % era anemico prima dell'operazione e divenne normale dopo l'operazione; il 10,4 % normale prima dell'operazione e anemico dopo; il 9,3 % anemico prima e dopo l'operazione.

L'A. fa notare che in nessun caso ha osservato anemia a tipo pernicioso; che nel 34,8 % l'anemia preesistente era guarita dopo l'operazione e che solo nel 24 % ha potuto osservare anemia a tipo secondario. Questa non era proporzionale alla estensione della resezione.

Per la comparsa dell'anemia dopo resezione l'A. dà una certa importanza alla achilia e alla conseguente gastrite e gastro-enterite; ma poichè tali condizioni si verificano in tutti gli operati mentre solo una scarsa percentuale di essi presenta note evidenti di anemia, l'A. è tratto a chiamare in causa anche un fattore costituzionale. G. PACETTO.

**Il rapporto fra policitemia e ulcera duodenale.**

Sono stati descritti dal Friedman, nel 1913, 6 casi di ulcera duodenale associata a policitemia e altri 11 casi ne descrisse l'anno successivo. Siccome l'eritrocitosi non era accompagnata da leucocitosi non si trattava di policitemia ma solo di eritrocitosi. Secondo il Bing dipende dall'ipersecrezione gastrica e dai vomiti ripetuti, con conseguente concentrazione del plasma. Alcuni casi di policitemia associata ad ulcera gastrica furono descritti da Weber, Watson e Schneider.

Un caso è descritto ora da W. Boyd (*The Amer. Journ. of the Medic. Sciences*, maggio 1933). Fu osservato in un uomo di 37 anni, che morì per ematemesi. Egli aveva dei dolori epigastrici e presentava versamento addominale (trasudato). Al cuore aveva solo un soffio sistolico. Aveva leucocitosi (da 23.400 a 34.350) ed eritrocitosi (fino a 8.000.000).

All'autopsia: cuore dilatato, con assottigliamento e sfiancamento della punta, trombosi della coronaria sinistra. C'erano anche due ulcere duodenali di cui una vicino al piloro, perforata, e l'altra, più grande, posteriore, il cui pavimento era formato dalla testa del pancreas.

Probabilmente si tratta di policitemia vera, e la trombosi coronaria ne è una complicazione. Il Boyd pensa che l'ulcera duodenale possa essersi prodotta collo stesso meccanismo della trombosi di un vaso duodenale con conseguente necrosi e che quindi ulcera duodenale e trombosi coronaria dipendano in questo caso dalla policitemia vera. Quel che non è chiaro qui è il meccanismo di produzione dell'ascite, perchè non c'era trombosi della splenica nè della porta come nel caso di policitemia descritta da Chauffard e Troisier. R. LUSENA.

**Agranulocitosi complicante la febbre tifoide.**

Secondo Piney la neutropenia nel tifo è dovuta ad insufficiente emigrazione di granulociti dal midollo piuttosto che a deficienza della loro formazione, perchè una sepsi sopraggiungendo dà neutrofilia.

N. K. Blackie ha osservato un caso di agranulocitosi che complicava il tifo (*The Lancet*, 18 agosto 1934). Si trattava di un ragazzo di 12 anni. In 6ª settimana di malattia comparvero ittero e mali di gola. Allora fu fatta la conta dei leucociti e si ebbe leucopenia (che oscillò fra 500 e 1200) con agranulocitosi, linfocitosi (da 81-90 %) con monociti (dal 6 al 19 %). I reticolociti diminuirono progressivamente fino a 0,6 % il giorno della morte, che avvenne nonostante la trasfusione sanguigna e la cura con acido nucleinico.

Il titolo di agglutinazione del siero di sangue al b. del tifo non superò 1:250, per cui l'A. ritiene che la depressione del potere immunizzante provocò lesione grave midollare con aplasia. R. LUSENA.

**Sindrome purpurica da chinino.**

Il chinino può produrre manifestazioni cutanee varie, che vanno dall'eritema pseudoscarlattinoso alla formazione di vere petecchie; esso inoltre può dar luogo a manifestazioni di indole generale (« shock », collasso, sindromi emorragiche varie) tali da costituire un pericolo per l'individuo.

C. De Cecco (*Giorn. ven. di scienze med.*, agosto 1934) ha osservato in un ragazzo di 15 anni, dopo l'assunzione di polverine di chinina, la comparsa di un'ematuria essenziale. Cessata questa, qualche giorno dopo la sospensione del chinino, si somministrarono al ragazzo 50 cg. di bisolfato di chinina. Dopo 6

ore, comparsa di petecchie alla mucosa orale; dopo 10 ore, ematuria intensa, che dura 2 giorni; pressione arteriosa a 92/45 (invece di 132/65 come era prima); leucopenia con modica leucocitosi. Cessati i fenomeni, alla nuova somministrazione di chinina, il paziente reagisce con gli stessi fatti, soltanto che le manifestazioni purpuriche invadono anche la congiuntiva bulbare e la cute degli arti inferiori (chiazze ematiche di diametro da 1 a 5 cm.).

I fenomeni hanno avuto origine anafilattica.

*fil.*

**La cura dell'angina agranulocitica con pentanucleotide.**

Studi di Sabin hanno dimostrato che stimoli a formazione di cellule polimorfonucleate non mobili possono essere dati da prodotti di disintegrazione di cellule omologhe. Si studiarono allora le proprietà stimolanti i leucociti dell'acido nucleinico e dei nucleinati. Doan, Zerfas, Warren e Ames osservarono notevole leucocitosi che segue una leucopenia. La leucopenia dipende dalla milza, poichè essa non si verifica se prima dell'iniezione di acido nucleinico si fa l'estirpazione della milza.

Jackson scoprì nel sangue umano pentosi nucleotidi. Queste sostanze dànno leucocitosi e iperplasia del midollo osseo. Per questa azione mielopoietica il pentanucleotide, dopo esperimenti su animali resi leucopenici, fu introdotto nella cura dell'angina agranulocitica.

Jackson, Parker e Taylor raccolsero 69 casi in cui questa cura diede il 74 % di guarigione.

J. F. Wickinson e M. C. G. Israëls (*Lancet*, 1 agosto 1934) ebbero occasione di osservare un solo caso di angina agranulocitica, in cui fecero la cura col pentanucleotide. L'ammalata, che presentò notevole aumento dei leucociti (da 1000 a 6800 in 3 giorni di cura), guarì completamente dopo 8 giorni di cura.

R. LUSENA.

**Terapia epatica nella granulocitopenia.**

v. Bonsdorff (*Klin. Woch.*, 23 luglio 1934) riferisce due casi di granulocitopenia grave (rispettivamente 1000 e 450 glob. bianchi), uno di origine oscura, l'altro riportabile con certezza all'azione di una cura arsenicale.

In entrambi i casi, la somministrazione energica di un preparato epatico per via parenterale (Campolon) [sino a 3 fiale al dì] portò ad un aumento progressivo dei leucociti sino ai valori normali, mentre le condizioni generali andavano di pari passo migliorando.

Dopo una breve discussione dei suoi due casi, l'A. richiama l'attenzione sulle esperienze recenti di AA. Americani e Danesi, confermanti la bontà della epatoterapia nella cura di questa emopatia.

V. SERRA.

**La fenilidrazina nell'eritremia.**

Finora, il solo rimedio conosciuto contro l'eritremia (malattia di Vaquez) era la radioterapia della epifisi. Da qualche tempo, è stata proposta la fenilidrazina, con cui si ottengono, a quanto sembra, risultati di molto superiori. Si mira, con essa a due scopi: la riduzione delle emazie, che va fatta gradatamente fino ad un certo limite, ed il mantenimento di quest'ultimo.

A. Vaquez e M. Mouquin (*Presse médicale*, 4 luglio 1934) consigliano di incominciare con la dose di 5-10 cg. di cloridrato di fenilidrazina, secondo il peso dell'individuo e l'entità della poliglobulia. Al quarto giorno, si pratica un esame di sangue: se non si hanno modificazioni, si aumenta la dose di 5 cg., per un nuovo periodo di 4 giorni, e così fino ad effetto, senza però oltrepassare la dose di 25 cg. Ad ogni modo, anche se non si ottengono effetti, si sospende il medicamento, per un certo tempo, quando si è raggiunto un totale di 3 grammi.

Con la somministrazione della dose efficace, si ha la comparsa di un attacco leucocitario (in genere fino a 30.000 ed in un caso anche 65.000), che indica l'inizio dell'emolisi e rende necessaria la massima attenzione; di fatto, l'indomani incomincia la distruzione globulare. L'attacco leucocitario può, però, mancare.

Il trattamento viene cessato quando le emazie raggiungono i 5 milioni circa, tanto più che l'azione della fenilidrazina continua ancora dopo la sospensione del medicamento (in un caso, si è arrivati a 3.500.000).

Per impedire poi il ritorno dell'iperglobulia, si fa la cura di mantenimento, con 10, al massimo 20 cg. la settimana, in 1-3 giorni consecutivi. Gli esami di sangue indicheranno la dose conveniente caso per caso.

Il sale più conveniente è il cloridrato, che è cristallizzato: lo si dà per bocca, in *cachets* o capsule gelatinizzate, in cui non deve rimanere per più di una settimana.

Sono stati segnalati alcuni inconvenienti, che gli AA. attribuiscono a dosi troppo elevate.

Salvo qualche caso eccezionale, l'eritremia non guarisce, ma si mantiene in limiti compatibili con un buono stato di salute. *fil.*

**Sull'azione emostatica della vitamina C, somministrata per via parenterale.**

Comunicano A. Boerger e H. Schroeder (*Münch. Med. Wochenschr.*, 31 agosto 1934). Partendo dal fatto che la carenza di vitamina C si accompagna ad una sindrome emorragica, gli AA. hanno voluto saggiare l'azione di tale vitamina nelle diatesi emorragiche apparentemente non collegate all'avitaminosi. Siccome d'altra parte la vitamina potrebbe in alcuni casi essere distrutta nelle vie digerenti, gli AA. già precedentemente si sono serviti della via endovenosa nel trattare un caso di emofilia, con ottimi risultati.

Nell'attuale nota viene riferito su un caso di morbo di Werlhof, in cui quale unica terapia è stata applicata la vitamina C sotto for-

ma di acido ascorbico (sotto il nome di Cebion in fiale da 0,025 gr.). La dose quotidiana era di 150 mgr. *pro die*, iniettata in una volta endovena. Già dopo due giorni le emorragie sono diventate molto più scarse per scomparire definitivamente al 4 giorno.

L'interesse e la dimostratività del caso sta nel fatto che — contrariamente a ciò che si osserva comunemente — la cessazione delle emorragie ha preceduto di due giorni la crisi trombocitica che di solito prelude o concomita alla scomparsa delle manifestazioni emorragiche. Nel caso descritto invece il valore critico (36.000 di piastrine in mmcc.) è stato superato solo 6 giorni dopo l'inizio del trattamento. Tale fatto conferma l'opinione di Krehl, il quale oltrecchè alla trombopenia attribuisce la sindrome anche alla lesione della permeabilità vasale; e probabilmente su quest'ultima che agisce la vitamina C nel senso della diminuzione. È stato inoltre notato un aumento delle proteine del sangue, specie a carico della frazione albuminica, il quale raggiunse però il suo massimo 25 giorni dopo l'inizio del trattamento.

Gli AA. riportano inoltre un caso di emofilia notevolmente migliorato nella sua fase acuta collo stesso trattamento, applicato da loro con successo anche in casi di emorragie gastriche, genitali ecc. La vitamina C, secondo loro, sarebbe inoltre indicata in tutti i casi di tossicosi capillare come p. es. nell'ittero, specie prima di un'eventuale intervento operatorio.

S. Minz.

## NOTE DI RADIOLOGIA

### La pertosse e le sue manifestazioni radiologiche.

Pincherle nel 1925 fu il primo ad occuparsi di questo argomento e riferì che l'alterazione caratteristica è la presenza di numerose piccole formazioni anulari a sede sottoclaveare in tutti e due i campi polmonari e ad un aumento nell'ambito del bronco inferiore.

Göttche nel 1928 descrisse un opacamento triangolare della regione cardio-diaframmatica, secondo lui tipico per la pertosse e da lui definito « triangolo basale ».

Ma vi è anche una terza alterazione concordemente riscontrata da varî AA. ed è l'ingrossamento simmetrico dell'ilo dal quale parte una ricca striatura.

F. Tecilazic (*La Pediatria*, 1° agosto 1934) in base ad osservazioni fatte nella Clinica Pediatrica di Milano, classifica i quadri descritti dai varî AA attribuendo loro un valore di tempo: all'inizio dello stadio convulsivo compaiono le forme anulari del Pincherle, che stanno a rappresentare piccoli e medi bronchi dilatati colpiti tangenzialmente; in un periodo ulteriore della malattia appare il triangolo basale di Göttche dovuto alla endobronchite, endobronchiolite e peribronchite.

Per quello che riguarda gli ili, questi in un primo tempo presentano ilite semplice caratterizzata da sottili strie raggiate e più tardi si ingrossano, quando cioè i gangli si tumefanno per reazione linfatica della infezione.

L'A. conclude affermando che i quadri radiologici sono la fedele riproduzione delle alterazioni anatomiche.

Vicentini.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Titoli antiemolisinici nelle malattie reumatiche croniche ed affini.

Nel 1933 Todd ha dimostrato che dopo una infezione da streptococco emolitico il titolo antiemolisinico del siero aumenta e quest'aumento si ha quasi senza eccezione dopo un attacco di reumatismo acuto.

G. J. Griffiths (*The Lancet*, 4 agosto 1934) da allora ha studiato da questo punto di vista una vasta serie di casi osservati al Hevonshire Royal Hospital di Buxton.

Egli studiò 224 casi e trovò che nel reumatismo subacuto, nell'artrite reumatoide e nella spondilite anchilopoietica c'è un aumento notevole del titolo antiemolisinico, mentre nelle forme non infettive (e precisamente nell'osteo-artrite e nella spondilite osteo-artritica) il titolo alto è raro.

Una notevole proporzione di valori alti si è avuta nelle fibrositi e nelle sciatiche in cui c'era stato in precedenza angina.

R. Lusena.

---

## VARIA

### L'attinoterapia in stomatologia.

Poichè si tende da alcuni a dare grande importanza all'impiego dei raggi ultravioletti in terapia dentaria, in America, il Consiglio di Terapia Fisica ha chiesto la cooperazione del Consiglio di Terapia Dentaria dell'Associazione Odontoiatrica Americana per compiere indagini adeguate.

Dopo accurato studio, il Consiglio di Terapia Dentaria ha concluso che l'efficacia della terapia in questione è stata grandemente esagerata e che i risultati a cui si riferisce la letteratura favorevole non giustificano, nella pratica odontoiatrica, l'adozione delle radiazioni ultraviolette come utile agente terapeutico. Inoltre, ha fatto notare come non sia prudente, per la professione dentaria, impiegare questo trattamento, fino a che i promotori e i sostenitori non presentino fatti convincenti per provarne il reale valore.

In breve, il Consiglio stesso dichiara che, per quello che riguarda dolori postoperatori consecutivi ad estrazioni dentarie o ad altri interventi chirurgici, oppure osteiti infettive, o piorrea alveolare o traumatismi nel corso dell'anestesia locale, la vantata efficacia delle radiazioni ultraviolette non è stata confermata dalle ricerche eseguite.

(Dal *Journ. Am. Med. Ass.*, 9 giugno 1934).

G. La Cava.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Cronaca del movimento professionale.

### Il Sindacato medici nel Consiglio delle Casse Mutue.

Con recente decreto viene istituita la Federazione nazionale fascista delle Casse mutue malattie dell'industria, del cui Consiglio amministrativo farà anche parte un rappresentante del Sindacato stesso.

È questo un nuovo passo nella risoluzione del problema delle Mutue. Il Direttorio del Sindacato nazionale fascista dei medici ha espresso al Governo la riconoscenza della categoria dei medici.

## CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ABINDOLA (*Pescara*). — Scad. 10 nov.; L. 8000 e 4 quadrienni di L. 500, se uff. san. L. 500, cavalc. L. 2400; età limite 40 a.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Scad. 26 nov., ore 16; medico aiuto per un riparto di chirurgia e medico aiuto per un riparto di medicina generale; L. 5500 al lordo di ritenute e riduzioni; 10 % degli onorari regolamentari versati dai dozzinanti; età limite 35 a. al 25 ott.; tassa L. 50, alla cassa dell'Economato; documenti non anteriori al 25 luglio. Chiedere annunzio.

CREMA. — Scad. 22 nov.; per S. Bernardino; L. 11.000 oltre L. 1500 trasp., L. 300 ambulat.

CUTIGLIANO (*Pistoia*). — Scad. 31 dic.; L. 9500 e 5 trienni dec., oltre L. 2000 automezzo, L. 500 uff. san., c.-v.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

MORGANO (*Treviso*). — Scad. 29 dic.; L. 9500 e 5 quinquenni dec., c.-v., se uff. san. L. 500, trasp. L. 2500; tassa L. 50,10.

PISTOIA. *Amministrazione Provinciale.* — Sino alle ore 12 del 10 dicembre 1934-XIII è aperto il concorso per titoli e per esami al posto di Coadiutore della Sezione medico-micrografica del laboratorio provinciale d'igiene a cui è assegnato uno stipendio iniziale di L. 10.500 aumentabile di sei decimi triennali, l'indennità di servizio attivo di L. 1900 annue e di caro-viveri come per gli altri impiegati provinciali, nonchè il 10 % dei proventi per ricerche ed analisi d'interesse privato, assegni tutti soggetti alle ritenute di legge. Età non superiore ad anni 32 salvo le disposizioni a favore degli ex-combattenti e degli aiuto od assistenti presso R. Università o Laboratori e dei vecchi Fascisti. Documenti di rito. Le prove di esame si svolgeranno secondo il programma e le norme stabilite dal Ministero dell'Interno. Tassa di ammissione al concorso L. 50. Per chiarimenti o per aver copia integrale del bando di concorso rivolgersi all'ufficio di Segreteria dell'Amministrazione Provinciale in Pistoia.

SARONNO (*Varese*). *Ospedale Civico.* — Posto di Primario Medico. Stipendio L. 8000 annue, al netto della riduzione del 12 % ed al lordo delle ritenute di legge, oltre alla compartecipazione sulle cure della specialità e sulle cure ambulatorie degli abbienti e dei mutuati. Il primario ha l'obbligo espresso di risiedere stabilmente in Saronno. Scadenza ore 18 del 15 novembre 1934-XIII.

Posto di Medico Ostetrico Ginecologo dirigente il Padiglione della Maternità. Stipendio L. 5000 annue, al netto della riduzione del 12 % ed al lordo delle ritenute di legge, oltre alla percentuale sulle operazioni mediche-chirurgiche e sulle cure ambulatorie degli abbienti e mutuati. Alloggio personale in Ospedale. Vitto durante i turni di guardia. Scadenza ore 18 del 30 novembre 1934-XIII.

VERONA. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 10 dicembre, ore 12; medico primario presso l'Ospedale Civile Maggiore; titoli ed esami; L. 4900 oltre L. 940 serv. att.; compartecipazione; età limite 30-50 anni; tassa L. 50; docum. a 3 mesi dal 10 ott.; chiedere avviso alla Presidenza dell'Amministrazione (via Valverde 42).

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

---

*N. B.* — Lo scarso numero di condotte messe a concorso è in rapporto col nuovo T. U. delle Leggi sanitarie, il quale esime i comuni dall'obbligo di questi concorsi e stabilisce che debbano essere indetti ogni anno dal Prefetto, per il numero complessivo di posti vacanti.

CONCORSI A PREMI.

*Concorso per lavori di neuro-psichiatria.*

In occasione del XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria tenutosi in Siena nell'ottobre 1933, la Società di Esecutori di Pie Disposizioni proprietaria di quell'Ospedale Psichiatrico metteva a disposizione della Società Italiana di Psichiatria la somma di L. 10.000, affinchè fosse data in premio ad uno o più studiosi, autori di lavori di psichiatria o neuropsichiatria, lasciando arbitra completamente la Società stessa di fissare le norme e le modalità del concorso.

La Società Italiana di Psichiatria, accettando la generosa offerta e il mandato conferitole, bandisce un pubblico concorso per lavori di Psichiatria o Neuropsichiatria. Potranno partecipare al concorso tutti i cultori delle Scienze neuropsichiatriche, che siano cittadini italiani, e che al momento della presentazione della loro domanda, siano soci della Società Italiana di Psichiatria o facciano domanda per esservi ammessi. I lavori presentati al concorso dovranno riguardare la Psichiatria o Neuropsichiatria nel campo clinico o in quello anatomico, clinico, biochimico, sperimentale, o in tutti assieme, e dovranno essere scritti in lingua italiana o latina, e inediti, o pubblicati non prima del gennaio 1934-XII. I lavori dattilografati o stampati, dovranno essere inviati alla presidenza della Società Italiana di Psichiatria (Clinica Neuropsichiatrica della R. Università di Modena) in 5 copie, unitamente alla domanda di partecipazione al concorso, non oltre il 31 agosto 1935-XIII.

La somma da assegnarsi, in uno o più premi, a giudizio inappellabile dei Commissari, è di Lire 10.000 (diecimila) dalle quali dovranno però detrarsi le spese per il concorso.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il premio Nobel per la medicina è stato conferito per il 1934 ai proff. George Minot di Baltimora, William Murphy di New York e George Whipple di Rochester; i nomi dei tre studiosi americani sono associati alla epatoterapia dell'anemia perniciosa.

Il prof. Carlo Lorenzetti è nominato chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Aquila in esito a concorso in cui è stato giudicato idoneo con punti 90:90.

Il prof. Giuseppe Busacca ha vinto il concorso a chirurgo primario direttore dell'Ospedale Civile di Larino.

La dott.a Clelia Lollini è nominata, in esito a concorso, direttore tecnico del Consorzio antitubercolare e direttore del Dispensario antitubercolare di Massa.

L'Università di Vilno (Polonia) ha conferito la laurea *honoris causa* al prof. Antonio Fontes, di Rio de Janeiro, il cui nome è associato alla scoperta dell'ultra-virus tubercolare. In occasione del Congresso internazionale sulla tubercolosi, il Fontes fu invitato a Vilno, ove gli venne rimesso, in seduta solenne, il diploma, riccamente alluminato, redatto in latino. Il Fontes tenne una conferenza su « La biologia del virus tubercolare ».

La « Société de Neurologie » di Parigi ha assegnato il premio Déjerine al dott. Laruelle, medico-capo del Centro neurologico di Bruxelles, per i suoi lavori sull'anatomia microscopica del midollo spinale in sezioni longitudinali plurisegmentarie.

Il Congresso americano di fisioterapia ha conferito la croce d'oro — la sua più alta onorificenza — a tre medici europei: il prof. Henry Bordier di Lione, il dott. Oscar Bernard di Saint-Moritz e il dott. Franz Nagelschmidt di Berlino.

Il dott. Manuel Bermejillo y Martinez è nominato sottosegretario di Sanità della Spagna, in sostituzione del dott. Verdes Montenegro, dimissionario.

---

# NOSTRE CORRISPONDENZE

*Da Catania.*

### Feste centenarie dell'Università di Catania.

Nei giorni 19, 20 e 21 ottobre è stato celebrato il V centenario della fondazione dell'Università di Catania. L'Augusta presenza di S. M. il Re e quella di numerosi rappresentanti di Istituti di alta cultura di tutto il mondo hanno conferito all'avvenimento una grande solennità.

La seduta commemorativa si è svolta al teatro Bellini, sommo tempio dell'arte dedicato all'immortale Cigno catanese.

Dopo il saluto del magnifico Rettore prof. sen. Muscatello, ha preso la parola il prof. Elias Tormo, dell'Università di Madrid, al quale è stata accordata la precedenza in omaggio alla nazionalità spagnola del fondatore dell'Ateneo catanese. Egli ha definito questa Università l'opera più durevole e fruttifera di Re Alfonso V. Hanno parlato successivamente il prof. Wilmotte in nome delle Università del Belgio, della Lettonia, dell'Olanda, Svezia, Ungheria e Svizzera; il prof. Audollente per la Francia; il prof. Curtius per la Germania; Miss Eufemia Strong per l'Inghilterra, Australia, Irlanda, Scozia e Malta; S. E. il prof. Breckimendge Long, ambasciatore degli S. U. presso S. M. il Re per l'America. Ha parlato infine il prof. Chigi, Rettore dell'Università di Bologna, recando il saluto del vetusto Studio petroniano.

S. E. Ercole, Ministro dell'Educazione Nazionale ha pronunziato il discorso commemorativo facendo la cronistoria dell'Ateneo sin dal 19 ottobre 1434 quando Re Alfonso di Aragona concesse il « *placet* » per uno *Studium generale* in Catania, il più antico della Sicilia. Egli ha rievocato le rivalità municipali che tale istituzione suscitò nella stessa Sicilia, le riforme di ordinamenti, i maestri ed i docenti e particolarmente la Scuola di medicina.

Il Ministro si è intrattenuto ad illustrare l'Ateneo come centro d'italianità dal Risorgimento ad oggi.

Il discorso è stato molto applaudito.

Nel pomeriggio dello stesso giorno è stata consegnata al Sovrano la laurea « ad honorem » che Egli si è compiaciuto di accettare; è stato inaugurato il museo storico universitario.

I festeggiamenti non potevano riuscire con maggiore magnificenza, quali si convenivano alla celebrazione del più antico Ateneo della Sicilia, al quale spetta un avvenire degno del suo passato.

A. T.

---

# NOTIZIE DIVERSE.

**Anno XIII.**

Volgendoci a riguardare il cammino percorso in dodici anni, ne siamo orgogliosi come italiani e come fascisti.

Lo slancio con cui si è celebrato, in tutta la Nazione, l'inizio del nuovo anno, è indice di fede sempre più appassionata, di dedizione sempre più totalitaria.

Lo spirito e l'ordine fascista hanno plasmato la Nazione; le opere intraprese e in gran parte compiute documentano la poderosa e organica vitalità del Regime.

Non dobbiamo indugiarci nel compiacimento delle conquiste raggiunte, ma avviarci con aumentato fervore verso nuove realizzazioni.

**Congresso nazionale di oculistica.**

La Società Oftalmologica Italiana si è adunata a Roma dal 24 al 26 ottobre.

La cerimonia inaugurale ha avuto luogo nell'aula magna della R. Clinica Oculistica, alla presenza del generale Volpe per la Sanità Militare, del prof. Labranca per la Direz. Gen. di Sanità Pubblica e di altre autorità e personalità; tra i numerosi congressisti era qualche straniero.

Il presidente della Società, sen. Giuseppe Ovio, direttore della R. Clinica Oculistica, porge un deferente saluto alle autorità ed agli intervenuti ed eleva un pensiero di omaggio e di entusiasmo al Re ed al Duce, faro e gloria d'Italia.

L'oratore annuncia che quest'anno non vi sono relazioni ufficiali, ma che le comunicazioni annunciate, circa 140, stanno a dimostrare l'importanza di questo Congresso.

Un mesto saluto ed un senso di rimpianto rivolge ai maestri e colleghi scomparsi.

L'oratore dichiara che si dovrà compiere il grato compito di consegnare ai rispettivi vincitori i premi che già furono assegnati nei Congressi prece-

denti; questi vincitori sono i proff. Neuschuller, Ruata, Sabbadini, Giannantoni e Zanettin.

Si procede poi alla consegna dei premi. Il prof. Ruggero Pardo di Genova offre al sen. Ovio a nome degli Oculisti Italiani e della Società Oftalmologica una medaglia d'oro, la cui esecuzione venne curata dal segretario generale prof. Leonardi, per solennizzare la nomina a senatore del Regno. Il prof. Gallenga di Parma si associa con nobilissime parole.

Il prof. Ovio manifesta la propria gratitudine per questa manifestazione.

Terminata la cerimonia inaugurale, i congressisti si recano a Palazzo Littorio a rendere omaggio alla Cappella dei Caduti fascisti.

Si sono poi svolti i lavori.

Quest'anno sono risultati vincitori dei premi sociali: Alaerts (Belgio), Anelli, Castelli, Morelli, Nordmann (Strasburgo), Panico, Strampelli, Villani.

### Al 3º Congresso della stampa medica latina.

A questo congresso, del quale demmo notizia nello scorso numero, il sen. prof. Pende tenne, come dicemmo, una notevole conferenza su « Il genio medico latino »; essa fu da noi, per errore, attribuita in parte all'on. prof. Morelli, pure presente al convegno; invece il tema è stato trattato per intero dal Pende.

Ebbero anche luogo altre conferenze e varie relazioni, di carattere culturale e d'interesse corporativo.

L'assemblea generale ha emesso il voto che il futuro congresso si tenga a Roma e ne ha acclamato presidente il sen. Giordano.

Il congresso ha dato luogo ad una manifestazione di solidarietà franco-italiana: i medici italiani visitarono i campi di battaglia della Marne e deposero una corona avanti al monumento dei caduti; accompagnati dai colleghi francesi, si recarono al cimitero di Bligny, ove riposano 5000 soldati italiani: avanti al monumento centrale furono deposte corone da italiani e da francesi; parlarono i proff. Giordano, Piccinini, Etienne e Le Sourd.

### Al Congresso francese di chirurgia

tenutosi ai primi di ottobre in Parigi e del quale demmo notizia nello scorso numero, oltre i chirurgi italiani già da noi ricordati, hanno partecipato anche i proff. Chiasserini di Roma e Pignatti di Brescia.

### Consiglio direttivo della C. R. I.

Nella sede del Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana, si è riunito il Consiglio direttivo dell'Associazione.

Erano presenti il sen. Filippo Cremonesi, presidente generale, il sen. prof. Marchiafava, vice presidente, e tutti i consiglieri.

Il Consiglio, udita l'ampia e precisa relazione presentata dal sen. Cremonesi, ha approvato il bilancio preventivo 1935, ed ha particolarmente soffermata la sua attenzione sulla esposizione fatta dal presidente generale in riguardo delle due grandi direttrici di marcia che si presentano all'imminente compito della C. R. I. per l'anno XIII, e cioè le opere relative all'affinamento e al potenziamento degli apprestamenti di carattere protettivo bellico, e la lotta contro la malaria che la C. R. I. ha condotto con strenua efficacia.

Il Consiglio ha anche approvato altri dettagli della complessa opera che l'Associazione svolge nel suo particolare settore di azione, fra cui un progetto destinato a realizzare in Roma un moderno centro ospedaliero a beneficio dei dipendenti dalle pubbliche amministrazioni, nonchè altre provvidenze.

Al potenziamento delle due grandi branche di attività già accennate corrisponde un analogo aumento di mezzi e di risultati di tutta l'opera dell'Associazione, che si muove così in senso progressivo ed omogeneo — totalitario — verso gli obiettivi assegnatile.

Il Consiglio, nel dare la sua approvazione alle esaurienti relazioni presentate dal sen. Cremonesi, ha voluto testimoniargli il suo alto e solidale plauso, ed ha rivolto un vivo elogio a tutto il personale, che in ogni rango e in ogni grado, serve la Croce Rossa Italiana. La seduta si è chiusa con il saluto al Duce.

### Attività dell'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale.

Il Capo del Governo ha ricevuto l'on. Bottai, il quale ha riferito intorno all'intenso programma di costruzioni sopratutto assistenziali ma anche di concorso alla sistemazione e risanamento delle città e delle campagne, che l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale persegue.

La somma spesa dall'Istituto nell'anno XII per gli eseguiti lavori di cui sopra si calcola in circa lire 90 milioni, di cui L. 35.000.000 presuntivamente assorbiti dalla sola mano d'opera di cantiere.

L'importo delle opere da svolgere nel prossimo anno XIII si può calcolare in circa L. 110.000.000.

### Le organizzazioni dell'agricoltura per la lotta contro la tubercolosi.

Il Commissario della Confederazione fascista dei lavoratori dell'agricoltura, ha inviato alle dipendenti Unioni provinciali una circolare relativa alle provvidenze contro la tubercolosi.

Dopo avere rilevato che l'opera svolta dal Regime per il potenziamento morale, fisico ed economico della Nazione poggia essenzialmente sulle opere di profilassi, di prevenzione e di provvidenza sociale, la circolare mette in evidenza che è necessaria la mobilitazione di tutte le forze per debellare la tubercolosi.

Illustrati i compiti dei Consorzi provinciali antitubercolari, dell'Opera maternità ed infanzia, dell'Istituto nazionale della previdenza sociale e della Croce Rossa Italiana nella lotta contro la tubercolosi, il Commissario conclude impegnando le Unioni fasciste dell'agricoltura e le organizzazioni aderenti a coadiuvare l'opera delle autorità periferiche, nonchè a svolgere la massima attività nel campo del conforto e dell'assistenza.

### Un grande sanatorio nel Trentino.

È stato ultimato sulla pendice di Mesiano; accoglierà presto oltre duecento malati di tubercolosi. L'edificio, che è costato complessivamente sei milioni, è diviso in due corpi, quello d'ingresso per i servizi del sanatorio e l'altro per le sale ospedaliere vere e proprie. I due corpi sono collegati da un corpo centrale in cui hanno sede i refettori e le stanze per gli altri servizi. Dal pianterreno si

accede a quelli superiori con alcune scale comode e ben disposte; inoltre funzionano due grandi ascensori adatti anche per il trasporto di barelle. I malati verranno alloggiati in massima parte in camerate con sei letti ciascuna, munite di enormi finestroni che dànno accesso sulla attigua veranda. Nell'edificio centrale hanno posto tutti i servizi igienici, i gabinetti per le cure speciali, i reparti di chirurgia, le cappelle, gli alloggi per i medici, per le assistenti sanitarie e per le suore.

Più che un triste ospedale, l'edificio è una moderna casa di cura messa gratuitamente a disposizione di tutti gli ammalati poveri assistiti dall'Istituto sociale di previdenza fascista.

**Sanatorio infantile in Val Camonica.**

Il Sanatorio infantile, che completa il villaggio sanatoriale sorto a Croce di Salven, in una delle più incantevoli posizioni della Val Camonica, è stato ufficialmente inaugurato il 22 ottobre, con la partecipazione delle maggiori autorità bresciane e cremonesi e dei rappresentanti dei Consorzi antitubercolari delle due provincie. Il Sanatorio infantile, capace di ottanta letti, è costruito con tutte le più perfette norme dell'edilizia e dell'igiene in materia di prevenzione antitubercolare. Esso viene ad unirsi ai due sanatori, maschile e femminile, entrambi già in efficienza ad opera dei Consorzi di Brescia e di Cremona, tanto benemeriti nella lotta contro la tubercolosi.

La cerimonia, improntata al più austero rito fascista, è servita a dimostrare una volta di più il lavoro compiuto in questo campo dai Consorzi delle due provincie vicine, fiere di seguire scrupolosamente le direttive del Duce, intese ad arginare e rivalorizzare una parte martoriata della stirpe italiana, affinchè anch'essa abbia un po' di bene e trovi nella salute rifiorita un nuovo inizio di vita. Sono stati inviati telegrammi a S. E. il Capo del Governo e all'on. Bottai.

**Il nuovo tubercolosario di Vercelli.**

L'Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Vercelli ha provveduto a consegnare alla Ditta aggiudicataria dei lavori il terreno destinato a sede del nuovo tubercolosario, stabilendo che le relative opere abbiano senz'altro inizio.

Con la nuova costruzione, il 4° reparto dell'Ospedale Maggiore, sezione tubercolotici, verrà trasportato in regione Bertagnetta, ad ottocento metri circa dall'abitato. La superficie acquistata dall'Ospedale in questa zona è molto estesa e tale che, oltre alla prospettata sezione tubercolotica, potrebbe contenere un nuovo nosocomio più vasto di quello attuale.

Il nuovo edificio consterà di tre parti: una centrale a tre piani e due parti laterali simmetriche.

L'edificio, dotato dai più moderni mezzi sanitari, potrà ospitare un centinaio di ammalati (quaranta per ala e venti nel corpo centrale), cioè trenta o quaranta posti più dell'attuale 4° Reparto.

L'edificio sarà completamente isolato ed intorno ad esso sorgerà un parco dove gli ammalati in grado di camminare troveranno i benefici che loro recano il sole e l'aria aperta.

La spesa complessiva prevista per la nuova costruzione, compresi l'arredamento ed i servizi, è di tre milioni di lire.

**Nell'Ospedale Civico di Tivoli.**

Il 28 ottobre sono stati inaugurati nell'Ospedale Civico di Tivoli i nuovi Reparti di Isolamento e il Reparto Operatorio, oltre ad un complesso di opere che hanno totalmente e sostanzialmente rinnovato l'Ospedale, che si presenta adesso con una disponibilità di 120 letti e modernissimamente attrezzato.

Alla cerimonia sono intervenuti, oltre alle Autorità locali, il prof. Roberto Alessandri ed il prof. Guido Sotti della R. Università di Roma, il prof. Sirleo, medico provinciale di Roma, i professori Antonucci, Matronola e Chiasserini, primari chirurgi dell'Ospedale del Littorio di Roma, il prof Cermenati, primario chirurgo dell'Ospedale di Teramo, il prof. Colaizzo, primario chirurgo di Albano Laziale, il prof. Vincenzo Giudiceandrea di Roma e moltissimi altri dottori di Tivoli e paesi vicini.

Hanno inviato lettere o telegrammi di adesione, perchè impediti ad intervenire, S. E. il prof. Raffaele Paolucci, il prof. Aristide Busi, il prof. Raffaele Bastianelli, il prof. Oreste Margarucci, il prof. Cesare Micheli, il prof. Agostino Carducci, i professori Tommaso Lucherini, Cogliati-Dezza, Gioacchino Fumarola e moltissimi altri.

**La convenzione sanitaria della Santa Sede con l'Italia.**

Il 4 ottobre, negli uffici della Segreteria di Stato della città del Vaticano, si sono riuniti S. E. il marchese Camillo Serafini, Governatore dello Stato della Città del Vaticano, in qualità di Plenipotenziario della Santa Sede, e S. E. il conte Cesare Maria De Vecchi di Val Cismon, Regio Ambasciatore d'Italia presso la Santa Sede, in qualità di Plenipotenziario del Governo Italiano, per la stipulazione e la firma di una Convenzione Ospedaliera fra la Santa Sede e l'Italia; assistevano mons. Pizzardo e mons. Moltani per la Segreteria di Stato e il duca Saallier de Tour segretario dell'Ambasciata d'Italia.

La Convenzione firmata consta di nove articoli e concerne il trasporto e l'assistenza sanitaria dei cittadini malati della Città del Vaticano nel Regno d'Italia.

**Commemorazione del prof. Salvatore Ottolenghi.**

Nei locali del Museo Criminale, con la presenza del Ministro della Giustizia on. De Francisci e di numerose altre autorità, si è riunita la Società Italiana di Antropologia e Psicologia criminale, per la commemorazione del compresidente prof. Salvatore Ottolenghi. Essa è stata tenuta dal gr. uff. Mariano D'Amelio, Primo Presidente della Corte di Cassazione, e dal prof. Giuseppe Falco dell'Università di Napoli e direttore della Scuola superiore di Polizia, i quali hanno tratteggiato ampiamente la figura dello scomparso, geniale maestro della Medicina legale e dell'Antropologia criminale, e creatore della Polizia Scientifica.

Sotto la presidenza del gr. uff. D'Amelio, la Società è passata poi a discutere alcuni problemi di particolare interesse nel campo della moderna lotta contro il delitto. Il D'Amelio ha proposto, con l'approvazione dell'assemblea, l'invio di un voto di plauso all'on. De Francisci, Ministro della Giustizia, il quale ha saputo concretare una serie di

larghe e profonde provvidenze per la lotta contro la delinquenza minorile.

Il D'Amelio ha riferito poi sullo sviluppo che va presentando la Società, attraverso la costituzione di nuove Sezioni.

**I medici dei Fasci giovanili di Bergamo.**

Ha avuto luogo a Bergamo, alla presenza del segretario federale, il primo rapporto dei comandanti medici dei Fasci giovanili di combattimento. L'addetto sanitario ai Fasci giovanili ha comunicato come Bergamo, dopo Roma, abbia concretato coi suoi trenta comandanti medici un ambulatorio medico sportivo e un vasto programma di assistenza igienico-sanitaria per tutti i Giovani fascisti del comando federale di Bergamo. Il segretario federale ha dimostrato all'addetto il suo vivo compiacimento sia per la rapida e perfetta organizzazione, sia per la base su cui essa è instaurata. Ha ripreso i punti più salienti del rapporto e consegnando la tessera di ufficiale dei Fasci giovanili di combattimento ai comandanti medici, ha espresso il suo vivo compiacimento per l'attività iniziata, che sarà continuata con perfetto ritmo e stile fascista.

**Un po' dovunque.**

Mentre questo numero va in macchina si tengono l'11° Congresso italiano di medicina del lavoro a Torino e il 2° Congresso italiano di radioneuro-chirurgia a Milano. Ne riferiremo nel prossimo numero.

Il 15° Congresso internazionale di fisiologia è indetto a Mosca per il 1935, secondo gli accordi presi al 14° Congresso tenutosi in Roma. Il comitato organizzatore è presieduto dall'accademico I. P. Pavloff; funzionerà da segretario generale il prof. L. N. Federoff, direttore dell'Istituto di medicina sperimentale; membri sono i dottori L. A. Orbely, A. T. Palladine, I. S. Beritoff, J. Z. Folbert e Kochtoiantz.

Un congresso internazionale sulla gotta e sull'acido urico è organizzato dalla Società di Medicina di Vittel, sotto gli auspicî dell'Istituto d'Idrologia della Facoltà medica di Nancy; avrà luogo dal 14 al 16 settembre 1935. Tassa d'iscrizione unica: 50 franchi. Sono stabilite condizioni di favore. Per quanto concerne i lavori rivolgersi al Dr. Maurice Boigey, secrétaire général du Congrès de la Goutte et de l'Acide urique, Vittel, Vosges, Francia; per quanto cornente l'organizzazione materiale rivolgersi a: M. Chavane, secrétaire administratif, stesso indirizzo.

Il 33° Congresso dei medici di lingua francese, adunatosi a Québec (Canadà) in occasione del 4° centenario della scoperta del Canadà da parte di Jacques Cartier, ha tenuto varie sedute in comune con il 13° Congresso dei medici di lingua francese del Nord America. Vi sono intervenuti 143 medici francesi, guidati dal prof. Emile Sergent di Parigi e dal prof. Henri Hartmann di Strasburgo. I medici canadesi erano molto numerosi. Ai lavori ha partecipato anche il prof. Max Einhorn di New York.

Il Comitato internazionale per lo studio dei rimedi antimalarici, del quale demmo notizia nel fascicolo scorso, venne presieduto dal prof. Madsen.

La 10ª assemblea dei collegi medici e la 2ª assemblea di previdenza medica nazionale della Spagna, si sono adunate a San Sebastián, dal 17 al 21 settembre.

La Società Svizzera di Balneologia e Climatologia si è adunata il 6 e il 7 ottobre a Solothurn, sotto la presidenza del prof. Besse di Ginevra.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 12 e il 14 ottobre, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robba. Furono fatte comunicazioni da P. Iacchia, R. Moro, O. Sossi, E. Persi, L. Schiavon. Le due sedute furono destinate alle malattie degli organi respiratori.

Il centenario dell'Università Libera di Bruxelles verrà celebrato con una seduta solenne alla quale interverrà il Re, il 20 novembre, e con una serie di conferenze; si terrà anche un banchetto.

Un corso di terapia dermato-venereologica sarà tenuto a Parigi dal 26 novembre al 20 dicembre sotto la direzione del prof. Gougerot; quota: 400 franchi. Rivolgersi al Dr. Burnier, Hôpital Saint-Louis, rue Bichat 40, Paris.

La Federazione Provinciale di Palermo dell'O. N. M. I. inizierà il 12 novembre un corso di puericoltura per medici, della durata di un mese (sede: via Vitt. Em. 459).

Il sen. Luigi Devoto è stato ricevuto, al Palazzo del Littorio, dal segretario del P. N. F., cui ha fatto omaggio di una copia del volume di Bernardino Ramazzini « Le malattie dei lavoratori » edito nel 1700.

Il « Nuntius Radiologicus », rassegna internazionale di recensioni critiche, diretta dal prof. Aristide Busi, ha istituito una rubrica di « lettere », nella quale possono venire segnalati succintamente i primi risultati o gli sviluppi di studi in corso e documenti di qualche interesse. (Ricordiamo che da tempo anche « Il Policlinico » aveva prospettato ai lettori la convenienza di una rubrica del genere).

A Baltimora è stata organizzata un'esposizione di manoscritti e libri rari di medicina, in specie di medici israeliti, a cura del dott. H. Friedenwald.

Il dott. Giuseppe Preti, deceduto a Cargiago di Ghippa, ha legato L. 300.000 all'Ospedale Maggiore di Milano per onorare la memoria del padre dott. Siro e della madre Maria Preti Ramelli.

Ad Ortona a Mare è morto nell'Ospedale un vecchio misantropo, ritenuto povero e che ha lasciato le sue sostanze, le quali superano L. 200.000, all'Ospedale stesso, che ha deciso di ricordare il suo nome in una lapide.

La signora Caterina Foletti vedova Cavallotti ha disposto un legato di L. 200.000 a favore dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Il sig. Nicolò Paterna Villa ha donato all'Ospedale Civico di Palermo la somma di L. 100.000, da destinarsi al reparto chirurgico, in aggiunta di pari somma, già donata in precedenza. L'amministrazione ospedaliera ha deliberato d'intitolare al Paterna il settore ospedaliero che sarà mantenuto con la rendita della sua donazione.

L'on. Ercole Varzi ha donato un milione per il sanatorio che verrà eretto dal Consorzio provinciale antitubercolare di Novara.

Il Ministero dell'Interno ha concesso all'Ospedale Civile di Aquila una sovvenzione di L. 80.000.

Nell'Ospedale Civile di Oristano saranno presto eseguite opere di ampliamento per un complesso di 128.000 lire.

Ad Asunción (Paraguay) la Società Italiana di Mutuo Soccorso e la Società pro Ospedale Italiano costruiranno presto un ospedale, in uno dei punti più ridenti.

Il conte Giacobbe Potocki ha legato quasi tutta la sua fortuna, valutata circa 100 milioni di zloti, allo Stato, perchè la destini alla lotta contro il cancro e contro la tubercolosi. Il presidente della Repubblica, informato di queste disposizioni testamentarie, ha conferito al Potocki il Gran Cordone dell'Ordine della Polonia Ricostituita; le insegne furono consegnate al ricco filantropo, poco prima della morte, dal sottosegretario Siedlecki.

Secondo una comunicazione del prof. Brosse all'Università di Chicago, si è riusciti ad isolare l'attinio, che ha una radioattività 150 volte superiore a quella del radio.

Si sono adunati i superstiti di un convegno di studenti in medicina, che fu tenuto a Torino nel novembre del 1883 per protestare contro l'infelice ubicazione e l'inefficienza dei locali adibiti all'insegnamento: il voto formulato in quel convegno ebbe pieno successo e nel 1884 s'iniziava, al Valentino, la costruzione dei nuovi istituti universitari. Si è ora voluto commemorare il cinquantenario di tale avvenimento; tra gl'intervenuti, ultrasettantenni, erano l'on. Peroni, il dott. Rivano, direttore del Manicomio, il dott. Scarpa, il dott. Balsari ed altri autorevoli medici. Le vicende della lotta furono rievocate dal Peroni.

Nell'ospedale di Biella sono state ricoverate un centinaio di persone, più o meno gravemente, colpite da tossi-infezioni alimentari per avere consumato carne equina infetta; si sono avute due morti. Si è proceduto a vari arresti, tra cui quelli di due veterinari che avevano rilasciato il nulla osta per la vendita e del direttore del civico macello.

Con SANTIAGO RAMON Y CAJAL è scomparsa una delle maggiori personalità della medicina contemporanea. Ci riserviamo di parlarne in un prossimo numero.

Si è spento a Napoli, in età di 64 anni, il dott. PASQUALE TANDOJA, insigne radiologo. Era un silenzioso e un solitario; rifuggiva da titoli ed onori; gli fu quasi imposta la docenza *honoris causa* in radiologia ed elettroterapia. Per un quadriennio fu presidente della Società Italiana di Radiologia Medica, la quale gli deve molta parte della sua organizzazione e del suo incremento.

Il prof. ORESTE BELLOTTI, otorinolaringoiatra notissimo di Milano, poco dopo avere portato a termine una medicazione, in una casa di salute di via Quadranno, il 25 ottobre, rimaneva fulminato dalla rottura di un aneurisma; lascia largo rimpianto.



## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI — Roma, 12 Novembre 1934 - XIII — Num. 45

# "IL POLICLINICO,"

**fondato nel 1893 dai professori:**

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

**SEZIONE PRATICA**

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

**Clinico Medico di Roma**

## SOMMARIO.



# PROLUSIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
diretto dal Prof. ANTONIO GASBARRINI

## L'attività scientifica della Clinica Medica di Padova nell'anno scolastico 1932-33 (1).

*Giovani carissimi,*

Nello scorso anno, nel riprendere le lezioni, io tracciavo a Voi le direttive di ciò che sarebbe stato il mio insegnamento clinico; oggi non saprei, nè potrei che ripetervi ciò che Vi dissi allora, e cioè che la Clinica, pur spaziando nei vasti orizzonti scientifici, sempre sul terreno della biologia generale e particolare, appunto perchè una Scuola di Clinica medica rappresenta la vera fucina di studî e di ricerche, non deve perdere mai di mira il suo scopo precipuo, e cioè l'uomo ammalato, inteso nel più ampio senso della parola, non soltanto nel senso individualistico, con le particolarità della sua struttura, delle sue funzioni, ma altresì nel senso psicologico, sociale; tutto ciò gioverà senza dubbio all'infermo ed alla formazione dei medici pratici, quali sono richiesti dalle odierne esigenze di vita.

Nostro compito sarà dunque quello di dare a Voi norme semplici, chiare, dimostrative, tratte dallo studio del malato, per assurgere da esse a considerazioni di indole generale, tali da formarvi a poco a poco una coscienza propria di medico, alimentata sempre dalla osservazione e dal pensiero, perchè la Scuola deve essere non luogo di ripetizioni, ma palestra feconda di idee.

La Clinica moderna va riacquistando il posto di dominio, che le spetta nella gerarchia delle Scienze: pensate ai progressi veramente grandissimi nei campi della Fisiologia, della Semeiotica, della Istologia, della Batteriologia, la Medicina sperimentale, conseguiti per il moltiplicarsi e l'affinarsi dei metodi di indagine, pensate al nuovo indirizzo di studî altamente scientifico, all'indirizzo biochimico, nonchè agli sviluppi incessanti dei vecchi indirizzi, e Vi convincerete subito come lo studio del malato abbia raggiunto in questi ultimi trenta anni la dignità che gli compete.

A chi incombe l'opera dell'insegnamento deve farsi sentire potente il senso della responsa-

(1) Prelezione al corso di Clinica Medica tenuta l'8-XI-1933, A. XII.

bilità dell'indirizzo da dare alla propria Scuola, e tale indirizzo deve consistere in una giusta armonia dello studio clinico del malato col progresso scientifico. Tale direttiva è stata scrupolosamente seguita dalla mia Scuola: ne sarà prova l'esposizione molto succinta che Vi farò stamane sull'attività scientifica svolta nello scorso anno scolastico dai miei assistenti ai quali, per il loro nobile esempio di studio, e di amore alla Clinica che li ospita, mi è caro rivolgere da questa Cattedra una parola di viva e sincera lode.

FEGATO E VIE BILIARI. — Fin dall'anno scorso lo studio delle anomalie funzionali del fegato ha appassionato la mente di alcuni miei assistenti. Pensate per un momento all'estrema difficoltà che si incontra in Clinica tutte le volte che si voglia valutare una piccola insufficienza epatica, ove si considerino da una parte i molteplici compiti, ai quali è chiamato quest'organo, dall'altra, l'ampia capacità di adattamento funzionale, conseguentemente la possibilità di compensi intraepatici, ed anche extraepatici, per le ormai ben note correlazioni di funzione fra fegato e visceri, apparecchi, sistemi più o meno diversi; orbene, se escludiamo le gravi, estese, lesioni del viscere che abbiano sconvolto profondamente ciascuna delle funzioni da esso possedute, ci troveremo in serio imbarazzo ogni qualvolta si debba procedere, in caso di estesa affezione epatica, all'interpretazione delle risposte che otteniamo dall'indagine funzionale, per l'intervento degli accennati fattori interferenti.

Ed invero, come risolvere in questi casi, che sono i più interessanti per noi, in quale misura le interferenze possono valere a turbare le risposte funzionali, ove si tenga conto della deficienza di precise nozioni fisiologiche?

Sappiamo che l'attività metabolica del fegato si estende a tutti e tre i campi del ricambio: il carboidratico, il proteico ed il grasso, e le rispettive molecole subiscono nell'interno della cellula epatica azioni e reazioni chimiche assai complesse. Le ricerche fisiologiche hanno potuto assodare e ripetere la serie complicata di reazioni, in cui fenomeni di scissione si associano a fenomeni di sintesi, e che conducono alla trasformazione dei grassi e dei proteici in corboidrati, dei carboidrati in proteici, ecc. Orbene, tale attitudine funzionale del fegato, altamente specifica ed oltremodo complessa, richiede la più perfetta integrità funzionale da parte dell'organo Mossi da tale concetto, alcuni AA. si sono chiesti se non sia possibile applicare allo studio funzionale del fegato, stimoli che richiamino in causa le particolari funzioni ora elencate, e per tal modo studiare, di fronte a questi stessi stimoli, le modalità di risposta del fegato sano e del fegato ammalato. Su tale direttiva si sono messi Gherardini e D'Ignazio, i quali in numerose prove di carico con glucosio, eseguite in soggetti sani ed epatici, hanno voluto vedere se l'eccessiva disponibilità di sostanza di tipo carbidratico potesse valere a modificare le modalità e gli aspetti del ricambio azotato; e se tali eventuali modificazioni si verificassero con ritmo ed andamento diverso nei sani e negli epatici insufficienti.

Pertanto, con lo studio del comportamento di alcuni metaboliti azotati in soggetti sani e sofferenti di malattie del fegato, dopo carico di glucosio, Gherardini e D'Ignazio hanno cercato, basandosi come ho detto, sui legami che collegano strettamente fra loro i varî campi del metabolismo organico intraepatico, di additare una nuova possibilità di esplorazione funzionale del fegato. Le risposte ottenute nei sani e negli epatici, per quanto è possibile dedurre da queste ricerche preliminari, sembrano tali da avvalorare i presupposti teorici, dai quali essi sono partiti per l'impostazione di tale saggio funzionale.

Naturalmente debbono essere considerati i molti fattori interferenti (intestinali, circolatorî, renali, acidotici), che non si possono valutare e tanto meno allontanare, capaci di indurre una certa diffidenza nei risultati ottenuti; comunque non si può disconoscere che questi tentativi meritano di essere perseguiti ed approfonditi.

Sempre col proposito di studiare la funzionalità del fegato, Gherardini e D'Ignazio, facendo seguito ad alcune ricerche di orientamento sulla possibilità di applicare allo studio funzionale del viscere le variazioni indotte dall'adrenalina sull'escrezione dell'azoto formolato in alcuni soggetti sani e malati di fegato (consistenti in un aumento dell'azoto formolato nelle urine delle due ore successive all'iniezione, in confronto alla quantità delle due ore precedenti nelle persone sane, ed in un'assenza di tale aumento, anzi spesso in una diminuzione di essa negli epatici), gli AA. hanno esteso le loro prove di controllo su un più vasto materiale, analizzando il comportamento di altre frazioni azotate (aminoacidi ed azoto ipobromito), che non erano valutate nelle loro precedenti ricerche. Orbene, lo studio accurato dei diversi metaboliti azotati, e più specialmente le modificazioni dell'eliminazione di azoto amminico in rapporto alla escrezione azotata, ammoniacale, ureica ed amminica, fanno intravvedere la possibilità di ottenere qualche vantaggio nel campo dell'esplorazione funzionale del fegato. Questa prova, infatti, oltre ad assumere il significato e l'importanza di vera e propria prova funzionale del fegato, rappresenta un saggio fondato su principi diversi da quelli abitualmente applicati (come ad es. saggi di carico, od indagini rivolte a svelare le anomalie della funzione disintossicante, biligenetica, ecc. dell'organo); la prova, cioè, conformemente a quanto si va tentando da varie parti, sembra rivolgersi allo studio di vere e proprie attività metaboliche epatiche; in quanto

richiamano in causa le più complesse funzioni possedute dal fegato; tale prova, infine, abbraccia sotto di sè non soltanto un unico aspetto del metabolismo intraepatico, ma tutte quelle tappe del ricambio intermedio azotato, carboidratico ed anche grasso, che per essere intimamente collegate fra loro, costituiscono un'unica entità funzionale, altamente specifica per il fegato e quindi assai adatta per fornire ottime risposte dal punto di vista del saggio funzionale (Gherardini).

Gli stessi Gherardini e D'Ignazio, partendo da presupposti teorici, esposti in altre ricerche, hanno indagato il comportamento della chetonemia, sia *spontanea*, a digiuno, sia *provocata*, dell'iniezione di adrenalina. Orbene, le loro osservazioni conducono ad ammettere innanzitutto che la chetonemia a *digiuno* rappresenta un metodo non fedele per il riconoscimento degli stati di insufficienza epatica. Quanto, invece, allo studio della chetonemia *provocata*, i risultati ottenuti vengono a confermare le prevenzioni teoriche da essi annunciate in precedenti indagini, e cioè dimostrano che l'adrenalina, probabilmente attraverso l'azione che essa esplica sul ricambio carboidratico e forse anche proteico e grasso intraepatico, comporta nel sano più *manifestamente* nei soggetti ammalati di fegato, soprattutto in quelli con sicuri sintomi d'insufficienza epatica, un aumento della chetonemia. È verosimile pensare che il fenomeno sia da attribuirsi alla scarsità delle riserve glicogeniche epatiche, provocata dalla malattia ed aggravata dall'azione glicogenolitica dell'adrenalina. Le risposte che oscillano entro certi limiti, in rapporto con l'aggravarsi o con il miglioramento della forma, sembrerebbero quindi utilizzabili come prova funzionale, nei casi di *insufficienze non gravi;* in quelle *gravissime*, invece, la prova non potrebbe verosimilmente servire, mancando qualsiasi risposta all'adrenalina, per il totale esaurimento di ogni capacità reattiva dell'organo.

Non prive di interesse pratico appaiono le ricerche sperimentali, condotte dal dott. Donati sulla prova dell'iperglicemia provocata con doppio carico di glucosio negli epatici. Premesso che tale prova è stata proposta per la esplorazione della funzionalità pancreatica ed in modo particolare dell'efficienza della reazione insulare, e che di questa reazione insulare il fattore epatico è quello che più spesso e più facilmente ne interferisce l'azione, viene maggiormente giustificata la prova in parola nelle epatopatie. Era, pertanto, interessante indagare se dallo studio e dalla interpretazione delle relative turbe, si potessero scoprire aspetti particolari, riferibili alle suddette interferenze. Si faceva in modo che il secondo apporto di glucosio cadesse in corrispondenza dell'apice di una curva, ottenuta precedentemente con una unica dose di glucosio. Orbene, nei casi esaminati, il Donati ha potuto osservare, a differenza di quanto avviene nei sani, una costante mancanza del blocco della seconda dose, che egli attribuisce ad interferenze legate alle alterazioni epatiche.

Sempre col proposito di ricercare una buona prova di funzionalità epatica ai fini della pratica, il dott. Jacchia ha largamente sperimentato, in collaborazione col dott. Rapuzzi, un metodo da lui proposto fin dallo scorso anno per la diagnosi delle malattie del fegato, ricercando i segni di una crisi emoclasica dopo iniezioni di estratto epatico in soggetti sani ed in epatopazienti.

Sulla scorta di controllo a mezzo di altre prove per la funzionalità epatica, nonchè di accurate ricerche istopatologiche nei casi venuti a morte, ed indagini chimiche sugli estratti epatici impiegati, Jacchia e Rapuzzi si sentono di concludere che il metodo risponde assai spesso alle esigenze cliniche, certo assai più che con gli usuali saggi della funzionalità del fegato. Detto metodo sembra dotato di una specificità di alto grado, non essendo finora mai stata constatata la crisi emoclasica dopo iniezioni di estratti epatici, in soggetti non epatopazienti.

Merita interesse lo studio del mio assistente dott. Sotgiu sul valore clinico dell'iperglicemia alimentare ed adrenalinica. La considerazione delle conoscenze acquisite sull'iperglicemia, induce a ritenere che la prima dipenda essenzialmente dal glucosio assorbito nel tratto digerente, e fra i varî fattori, a cui è legato principalmente il decorso della curva (modalità dell'assorbimento gastro-intestinale, della fissazione epatica e periferica, della eliminazione renale) il più importante sia quello epatico. Di esso il Sotgiu precisa il meccanismo di azione additando gli elementi della curva, che più direttamente lo riflettono, fra cui più importante è ritenuto il rapporto fra durata ed entità dell'iperglicemia. Altrettanto egli fa per l'iperglicemia adrenalinica, di cui viene riaffermata la genesi epatica, per glicogenolisi. Secondo l'A., le due prove non possono servire come saggio dell'efficienza funzionale generica del fegato, ma solo della funzione od insieme di funzioni, che esse cimentano in modo diretto.

In 39 epatici e 22 non epatici è stato studiato il comportamento dell'iperglicemia alimentare ed adrenalinica (104 curve). Non ostante le cospicue differenze individuali e la molteplicità dei fattori interferenti, si rende evidente che queste due prove portano spesso elementi di molto interesse nello studio di ammalati di fegato. La loro interpretazione deve però essere condotta secondo un esatto concetto del meccanismo genetico, ed una luce di accurata indagine clinica, senza la quale il loro valore è minimo. La durata dell'iperglicemia è quella che meglio rispecchia l'efficienza della funzione glicogenica. Essa è stata valutata in proporzione al livello iperglicemico raggiunto (rapporto tempo: iperglicemia). Questo valore segna in tali ricerche una differenza fra epatici

e non epatici, assai più cospicua dell'indice iperglicemico, del triangolo iperglicemico, e della durata dell'iperglicemia.

La differenza è particolarmente cospicua nelle prove dell'adrenalina.

Lo stesso dott. Sotgiu ha studiato il comportamento della bilirubinemia dopo iniezioni di adrenalina in 33 individui con segni clinici di lesione del fegato ed in altri 23 soggetti. Nei normali e nei non epatici la bilirubinemia aumenta dopo l'adrenalina, in modo più o meno notevole, e ritorna alla norma circa dopo l'ora presentando in genere una fase ipobilirubinemica. Negli epatici molto spesso (circa il 70 %) la curva è protratta, sicchè dopo 12 ore essa non è ridiscesa ancora al livello iniziale. Sebbene non esista neanche per questa prova uno stretto parallelismo col quadro clinico, il fatto che essa sembra subire minimamente l'influenza di fattori interferenti extra-epatici, e l'alta percentuale di positività riscontrata, la fanno apparire degna di considerazione. Quanto al meccanismo del fenomeno, l'A. ritiene che esso non possa essere spiegato con la sola splenocontrazione. In alcuni casi (21) è stato studiato anche il comportamento della bilirubinemia dopo pasto di glucosio.

Il dott. Sotgiu ha altresì compiuto uno studio comparativo sul comportamento della bilirubinemia e della glicemia (rapporti fra funzione glicogenica e funzione biliare), i di cui risultati sono i seguenti:

1) negli itterici non si trovano modificazioni costanti, nè unilaterali della glicemia, nè riconoscibilmente in rapporto con la intensità dell'ittero;

2) nei diabetici la bilirubinemia a digiuno è generalmente elevata, abbassandosi in seguito al migliorare della condizione diabetica per merito della cura insulinica;

3) iniezioni endovenose di bilirubina (Holborn, ctgr. 2) provocano assai lievi oscillazioni del tasso glicemico;

4) durante l'iperglicemia alimentare la bilirubinemia diminuisce in modo notevole in condizini fisiologiche, aumenta, invece, in molti epatici;

5) durante l'iperglicemia adrenalinica si ha un aumento rapido e cospicuo della bilirubinemia;

6) durante l'ipoglicemia insulinica si ha in quasi tutti i pazienti un abbassamento del tasso bilirubinemico.

La considerazione di questi dati, e gli altri ottenuti da AA. moderni, inducono a ritenere che l'azione metabolica del fegato sui carboidrati si riflette sulla funzione biliare. Le condizioni che portano ad un aumento del glicogene epatico, determinano generalmente anche un aumento della secrezione biliare ed una diminuzione della bilirubinemia, e viceversa. Questi rapporti sono spesso alterati negli epatici.

Il dott. Bassi ha studiato il valore ed il significato clinico dell'urobilinuria negli epatici. Come sapete, numerose sono le teorie avanzate per spiegare la patogenesi dell'urobilinuria. Le più accreditate oggi, sono l'epatica e quella che fa dell'urobilinuria fisiologica il frutto del normale assorbimento dell'intestino, e della patologica, particolarmente, l'esito di processi emolitici. Orbene, il Bassi ha trovato una urobilinuria intensa soltanto in qualche cirrotico, discreta in alcuni soggetti epato-splenomegalici con aumento del ricambio emoglobinico, non di rado affetti da una causa di emolisi; infine, non sono mancati soggetti che, pur presentando una netta compromissione del fegato, non erano urobilinurici. Cosicchè al dott. Bassi sembra più giusto far rientrare la urobilinuria nella sfera del ricambio emoglobinico, piuttosto che considerarla sintomo infallibile di affezione epatica, come varî AA. sogliono fare, ad eccezione dello Zoja e della sua Scuola. Non si può tuttavia negare che in alcuni casi urobilinuria e lesione epatica coesistono.

Lo stesso dott. Bassi propone un nuovo indice (*indice bilinico*) per lo studio e l'interpretazione delle varie forme di urobilinuria. Tale indice, che viene calcolato in base al rapporto fra la quantità totale di bilina eliminata nelle 24 ore e quella quotidiana, data come normale, risulterebbe uguale a 0.016. Variazioni in più di questo indice parlerebbero per un'origine prevalentemente epatica dell'urobilina; valori più bassi di 0.016 deporrebbe in favore di un'origine emolitica del pigmento urobilinico. Lo studio di tale indice, applicato a diversi casi di malattie epatiche o puramente emolitiche, viene a confermare queste vedute teoriche.

Già in precedenti ricerche sul ricambio emoglobinico nel corso della polmonite, il dottor Bassi aveva potuto dimostrare una costante iperbilinia fecale ed urinaria per fenomeni di emolisi. L'indice emolitico del Greppi, ricercato nel corso di alcune malattie del fegato, non comporta un andamento costante, e prevalentemente si osservano i valori più bassi in forme puramente epatomegaliche, ed i valori più alti in epato-splenomegalici, pur non esistendo spesso in questi, una vera e propria condizione emolitica.

In uno studio accurato del ricambio emoglobinico in varie categorie di epatici, il Bassi ha successivamente trovato che esso è in linea di massima diminuito in soggetti con fegato leso; fanno eccezione gli epato-splenomegalici, ed in particolar modo gli epatitici (epatiti croniche ed epatiti ipertrofiche con ittero e splenomegalia). Il ruolo iperbiligenetico del tumore di milza soltanto sembra identificabile non con l'azione emolitica di questo organo, ma piuttosto con la proprietà ad esso già riconosciuta dallo Zoja, di viscere preparatore del pigmento ematico per l'elaborazione finale della cellula epatica. Il Bassi, in base alle sue ricerche, pensa che si possa sostenere la conce-

zione epatogena del metabolismo pigmentario, senza peraltro poter escludere un'azione preparatoria e forse collaterale (non però esclusiva) del sistema reticolo-endoteliale. Un ultimo fattore, di cui si deve tener conto nella valutazione del ricambio emoglobinico negli epatici, è costituito dalla crasi sanguigna, anche in rapporto all'influenza che il fegato può esercitare sul ritmo dell'emopoiesi.

Il dott Casanova si è occupato delle reazioni intradermiche per la diagnosi delle itterizie: in diversi itterici egli ha confrontato le reazioni intradermiche, negli ultimi tempi proposte per diagnosticare sia la natura delle itterizie (Brugsch), sia la loro intensità (Klein). In base ai proprî risultati, completati da dosaggi della bilirubinemia, il Casanova è giunto a concludere che la reazione all'istamina di Klein, è un ottimo indice dei lievi aumenti della bilirubina nel siero; la reazione di Brugsch, invece, non risponde allo scopo, per il quale era stata creata.

RICAMBIO. — Anche in questo campo, nello scorso anno, sono state compiute in Clinica ricerche, allo scopo di chiarire alcuni punti controversi e colmare lacune. Così, contrariamente ad affermazione esplicita di qualche A., Sotgiu e D'Ignazio hanno potuto assodare che non esiste una netta e costante sindrome esocrina del pancreas nel diabete mellito, nè è ammissibile, senza riserve, l'esistenza di correlazioni intime fra secrezione esterna ed interna del pancreas. E precisamente, in base ai risultati ottenuti in alcuni diabetici sul potere amilolitico del sangue, delle urine e delle feci nel diabete mellito, questi AA. concluderebbero che esso non si può ritenere espressione diretta delle condizioni della funzionalità esterna del pancreas, soggiacendo a molteplici influenze (diastasi extraepatiche, acidosi, regime alimentare, ecc.). Per gli stessi motivi la frequenza di valori bassi di potere enzimico nei diabetici, per insulina, non è di facile interpretazione e non sembra rispondere a regole generali. Lo stesso dicasi per il potere amilolitico fecale, che offre talvolta risposte strettamente individuali.

Il dott. Jacchia ha continuato le sue osservazioni circa i vantaggi dell'associazione di lecitina *ex ovo* alla insulinoterapia. I risultati conseguiti in alcuni diabetici, tenuti sotto osservazione prolungata, danno una conferma clinica alle conclusioni, a cui il Jacchia era giunto in ricerche e studî preliminari sull'argomento, condotti quasi ininterrottamente dal 1929 ad oggi. L'aggiunta di miscele di lecitina e colesterina (lecitina *ex ovo*) alla insulina vale a conseguire più rapidamente nei soggetti diabetici, l'aglicosuria, la scomparsa della chetonuria, la diminuzione della poliuria, l'aumento del peso corporeo, il miglioramento delle condizioni generali e della cenestesi. Spetta dunque alla lecitina *ex ovo* un'azione di rinforzo sull'azione insulinica, nel tempo che tale medicamento giova a modificare favorevolmente l'alterato ricambio organico nei diabetici, e ad allontanare e diminuire i pericoli e gli inconvenienti dei fenomeni clinici di ipoglicemia.

In un'altra serie di ricerche sperimentali, a proposito dell'azione dell'insulina e della lecitina sulla ripartizione del glucosio fra plasma e globuli sanguigni, il Jacchia rileva come le esperienze in vivo non confermino quanto hanno asserito altri ricercatori sulla base di esperienze *in vitro*, e cioè che il plasma diabetico abbia la capacità di inibire la glicoassunzione da parte dei globuli, e come perda terreno la concezione, che tende a considerare il diabetico insulinizzato alla stregua dell'individuo sano.

Non sono mancate altre indagini sul ricambio. È noto come ancora oggi si discuta sul complesso meccanismo dell'iperglicemia alimentare e si continuino a proporre ipotesi. Così alcune recenti ricerche tendono a soppiantare la teoria dello stimolo sulla glicogenolisi epatica ed a dimostrare il valore che spetta al rapido assorbimento del glucosio esogeno nel determinismo dell'iperglicemia provocata. Orbene, il dott. Donati, in base ad osservazioni personali, crede possibile che la primissima fase iniziale della iperglicemia provocata possa trarre origine da una scarica glicogenolitica epatica, in rapporto ad un riflesso entero-epatico, alla quale segue direttamente e si assomma il passaggio in circolo dello zucchero esogeno, il cui rapidissimo assorbimento è oggi ampiamente dimostrato.

Meritano di essere ricordate le ricerche del dott. Sotgiu sulla iperbilirubinemia diabetica e l'ipobilirubinemia adrenalinica. In 6 diabetici è stata studiata la bilirubinemia, essendosi trovati valori alquanto elevati, al limite sup. della normalità o leggermente al di sopra. In seguito alla cura insulinica, si è assistito ad un progressivo abbassamento del tasso bilirubinemico, che segue approssimativamente il decorso della glicemia e della glicosuria. In 20 individui normali ed ammalati, di cui 3 diabetici, si è studiato il comportamento della bilirubinemia, dopo iniezioni ipodermiche di insulina. In tutti i casi, eccetto che in tre epatici con segni di deficienza funzionale, si è trovata una notevole diminuzione della bilirubinemia, seguente alle vicende della glicemia.

I dottori Guarino e Conti, hanno studiato, a proposito dei rapporti intercorrenti fra reazione attuale del mezzo e tasso del glucosio sanguigno, le oscillazioni della glicemia negli stati di disquilibrio acido-basico, ottenuti mediante la legatura degli ureteri, l'occlusione intestinale sperimentale, la perfusione degli animali con soluzioni isotoniche di acidi minerali. Orbene, mentre nelle prime serie di esperienze i risultati sono stati scarsi e discordi, poco dimostrativi a causa di numerosi fattori interferenti per lo stato grave morboso indotto nell'animale, si è potuto assistere ad una

nella reazione iperglicemica, con la perfusione di acido solforico, parallelamente ad un certo aumento dell'azotemia.

In uno studio sistematico sperimentale e clinico, il dott. Guarino si è inoltre occupato delle oscillazioni della cloremia in rapporto alle variazioni dell'equilibrio acido-basico del sangue nelle nefriti acute sperimentali e nella legatura degli ureteri, nelle nefropatie e nel diabete mellito, nelle occlusioni intestinali e nelle acidosi sperimentali, giungendo a conclusioni e considerazioni importanti ai fini dottrinali e pratici.

APPARATO RESPIRATORIO. — Anche nel campo delle affezioni dell'apparato respiratorio si è lavorato nello scorso anno. Ricordo a tal proposito il caso di una pleurite a ripetizione, sintomatica di tubercolosi miliare discreta, studiata dal prof. Peserico, da cui egli ha tratto considerazioni di ordine patogenetico e clinico, di sicuro interesse pratico, nonchè uno studio critico-clinico del dott. Donati sulla sifilide polmonare.

Cito altresì lo studio del dott. Carlo Calabresi sulla tubercolosi gastrica. Egli, attraverso l'esame diretto ed indiretto di alcune centinaia di lavori, discute il complesso problema patogenetico, tuttora controverso, di questa affezione, fermandosi inoltre a considerarne la sintomatologia clinica e radiologica, tuttora assai incerta e non connessa a segni specifici. Lo stesso Calabresi ha studiato il tono neuro-vegetativo nella tubercolosi polmonare, saggiato con la prova di Danielopolu, ed ha trovato che fra i tubercolotici pleuro-polmonari prevalgono i soggetti che il Danielopolu classifica come ipovagotonici. Tali indagini saranno continuate, col proposito di indagare, attraverso le opportune ricerche, sull'importanza della costituzione individuale nel determinare il tono neurovegetativo dei tubercolotici.

Il dott. Ghirardi, sempre nel campo della tubercolosi polmonare, ha trovato che la determinazione del numero delle piastrine, soprattutto se eseguito a diverso intervallo di tempo, può rappresentare un sussidio di laboratorio non trascurabile nella prognosi della tbc. polmonare Non di rado esiste un parallelismo fra il comportamento della velocità di sedimentazione delle emazie ed il numero delle piastrine ematiche.

Il prof. Dolfini, in collaborazione col laureando Malaguzzi, ha studiato l'eosinofilia in tubercolosi affetti da elmintiasi. Finora si è attribuito notevole significato diagnostico e prognostico al comportamento degli eosinofili del sangue negli infermi di tubercolosi polmonare. In base alle osservazioni eseguite su un centinaio di ammalati, si è dimostrato che è arbitrario considerare il comportamento degli eosinofili in questi pazienti come dipendente esclusivamente dall'affezione specifica. In particolare è risultato che in tubercolotici gravi, infestati da elminti intestinali, si può avere un'eosinofilia normale non solo, ma anche superiore alla norma, e talvolta perfino di grado elevatissimo. Ciò spiega, da un lato i contrastanti reperti sull'eosinofilia nella tubercolosi polmonare, e, d'altro canto, dimostra che la tubercolosi grave non decorre necessariamente con ipo- ed aneosinofilia, come spesso è stato invece affermato. Cito inoltre il lavoro del Dolfini sul « bruit d'airain » nel pneumotorace bilaterale. L'A. ha creduto opportuno studiare il comportamento del segno di Trousseau, che specialmente per merito di Morelli e Minerbi, si è dimostrato così utile nella condotta del pneumotorace monolaterale. In base all'osservazione metodica, prolungata per varî mesi, di 5 pazienti sottoposti a pneumotorace bilaterale, si sono stabilite diverse particolarità concernenti la genesi e il significato del fenomeno, e le utili indicazioni che esso fornisce nella condotta della collassoterapia bilaterale, secondo M. Ascoli.

Dal mio aiuto radiologo prof. Perona sono state studiate le latenze ed equivalenti clinico-radiologiche nella tubercolosi polmonare. L'A. richiama l'attenzione del pratico sulle lesioni polmonari, che hanno una corrispondenza clinico-radiologica, e su quelle che sono mute dal lato clinico, pur avendo un tipico quadro radiologico. Nel primo caso il contributo fornito dall'indagine radiologica può tuttavia servire a dimostrare l'entità delle lesioni, fatto che ha importanza per la prognosi e terapia dell'affezione. Nel secondo caso il contributo radiologico assume enorme importanza: basti ricordare i varî tipi di lesione polmonare, causa dell'emoftoe, i quali, non di rado, sfuggono ad un'accurata indagine clinica; nella miliare, poi, o nell'infiltrato precoce, dove i dati fisici sono per lo più assenti e la diagnosi può essere di presunzione, il contributo della radiologia è così decisivo da rivelare non solo tipici quadri, ma da consentirci di seguire il processo nelle sue varie fasi (evolutive o regressive). L'A., dopo avere dimostrato come con la sua tecnica delle proiezioni decentrate sia possibile la visione radiologica di caverne sfuggite alle solite proiezioni, fa rilevare come talora in casi, sia pur rari, l'esame radiologico non permetta di affinare la diagnosi, al pari dell'esame fisico, il che dimostra come sia necessaria l'intima collaborazione fra medico e radiologo per giungere ad una diagnosi, che avvicinandosi alla realtà dei fatti, permetta anche una cura opportuna della forma morbosa. Sempre in tema di malattie dell'apparato respiratorio, il Perona si è anche occupato della cartella radiologica, istituita in alcune classi elementari della Città di Padova, fin dal Novembre 1932. L'età dei soggetti esaminati variava dagli otto ai dodici anni; è risultato dai radiogrammi dei normali che esiste sempre un certo grado di adenopatia tracheo-bronchiale ed un rinforzo della trama vasale ai lobi superiori. Solo quando questa è accentuata in un campo polmonare, oppure è più diffusa late-

ralmente od assume alle regioni apicali un aspetto reticolato, può avere una certa importanza e costituire quindi una spia non trascurabile nelle lesioni parenchimali iniziali. Tali risultati di ordine dottrinale, sono però largamente superati da altri di valore pratico. Su circa 200 soggetti esaminati, ritenuti sani, tre scolari presentarono segni di cortico-pleurite apicale; quattro un sottile ispessimento del setto mediano; due, alcuni piccoli addensamenti micro-nodulari nella regione sottoclaveare; un complesso primario ignorato. Tali risultati inducono ad insistere sulla via tracciata, essendosi dimostrati utilissimi nella decorsa primavera per l'assegnazione alle colonie delle opere assistenziali.

Cuore e vasi. — Debbo citare innanzitutto una pregevole monografia del prof. Gherardini « sui vizî aortici ». In questo lavoro sono esposte con ampiezza di vedute, le molteplici nozioni di etiologia, patogenesi, anatomia patologica, con riferimento alle loro immediate conseguenze diagnostiche e prognostiche. L'A. si intrattiene a considerare le modalità dello scompenso degli aortici, nonchè i caratteri che lo distinguono dalle altre forme di scompenso, secondarie a vizi di altra sede, e sulle conseguenze fisio-patologiche che tale condizione comporta, per trarre criterî prognostici e terapeutici. La materia in ciascun capitolo è trattata con sapore di puro indirizzo clinico, e dimostra l'ottima attitudine e la competenza del mio allievo al letto del malato.

Argomento di molta importanza pratica e dei più appassionanti è quello trattato dal prof. Peserico, e cioè le cardiopatie nell'ipertiroidismo. Sulla scorta di una buona casistica e di esperienze personali, il Peserico si ferma a considerare innanzitutto i momenti patogenetici di queste cardiopatie. Il cuore del basedowiano è dall'A. considerato come una macchina, che compie un lavoro eccessivo in condizioni intrinseche di errato chimismo, turbato equilibrio chimico-fisico, attrito eccessivo ed in condizioni emodinamiche estrinseche sfavorevoli; ciò spiegherebbe da un lato la scarsa efficienza, dall'altro l'inevitabile usura. Sulla sintomatologia clinica e sul reperto anatomopatologico il Peserico insiste per trarne quei suggerimenti prognostici e terapeutici, che debbono essere tenuti presenti dal medico. Non vi è chi non veda in questo studio il valore pratico delle indagini condotte dall'A., le quali vengono a riaffermare l'importanza che l'influenza dannosa dell'ipertiroidismo sul cuore esercita, non da tutti a sufficienza valutata.

Casanova e D'Ignazio hanno pubblicato un caso di endocardite vegetante delle valvole aortiche, sviluppatosi nel decorso di una brucellosi, in un giovane paziente privo di antecedenti morbosi. Il reperto della brucella melitensis, isolata in cultura pura dal sangue e dalle vegetazioni endocardiche, congiunto al rilievo isto-patologico delle sezioni portate su tali vegetazioni, ed al decorso della forma morbosa, permettono di affermare con sicurezza la genesi melitococcica di tale endocardite. Il caso è veramente singolare, poichè quelli fino ad oggi descritti riguardano pazienti, nei quali l'endocardite si impiantò su lesioni preesistenti, di altra natura.

Il dott. Guarino in uno studio clinico ed elettrocardiografico sul comportamento del riflesso del seno carotideo in alcune affezioni dell'apparato cardio-vascolare e nel morbo di Basedow, conclude che tale riflesso non sempre palesa una deficienza della funzionalità cardiaca, messa in evidenza con altri mezzi clinici, per cui il riflesso stesso non potrebbe essere adottato come un elemento sicuro di giudizio sulla più o meno alterata attività funzionale del cuore.

Un argomento di attualità è stato studiato dal dott. Carlo Calabresi: questi, analizzando e criticando la già copiosa letteratura sull'argomento, giunge a dimostrare quanto sia tuttora controversa, anche nei suoi punti vitali, il problema clinico di misura e di interpretazione dei dati della pressione media.

Sangue. — Poche parole, a proposito dei contributi apportati dalla mia Scuola nello scorso anno nel campo dell'ematologia. Una questione, tuttora aperta alla discussione, è quella che si riferisce alla patogenesi dell'eosinofilia. A tal riguardo, il prof. Dolfini ha studiato un caso di grande eosinofilia ed etiologia oscura, probabilmente costituzionale, discutendolo dal punto di vista clinico ed ematologico, in base ai dati della letteratura esistente sull'argomento. A proposito poi dei rapporti, da molti AA. invocati, fra elmintiasi ed eosinofilia, il dott. Bassi sulla scorta di un abbondante materiale clinico, desunto dalle cartelle di più anni, ha potuto dimostrare che l'abituale presenza di parassiti intestinali, non è di per sè causa sufficiente a determinare eosinofilia, ma che questa si constata soltanto nel caso, in cui i vermi diano luogo ad una vera malattia, venendo in tal modo ad acquistare il significato di reazione antitossica od anafilattoide.

Il dott. Deganello ha studiato il comportamento delle piastrine sotto l'azione del biossido di torio. In ricerche sperimentali sul coniglio ha dimostrato che il torotrast provoca delle modificazioni numeriche delle piastrine, e precisamente dapprima una piastrinopenia, seguìta da piastrinosi, modificazioni che sono in rapporto con le dosi iniettate. L'A. ha potuto inoltre stabilire che il torotrast determina anche un allungamento, sia del tempo di emorragia che di coagulazione, richiamando così ancora una volta l'attenzione sulla possibilità di inconvenienti, di ordine emogenico, per iniezioni di tale sostanza.

Tubo digerente. — Meritevole di menzione è il contributo sperimentale del dott. Carlo Calabresi alla conoscenza del succo gastrico da istamina, sia su gastropazienti che su soggetti sani.

Nel campo poi clinico-radiologico, io devo citare uno studio del Perona in collaborazione col Palma, a proposito dell'appendicite, pericolecistite e periduodenite, i cui primi risultati furono comunicati dal Perona fin dal 1931 al Congresso radiologico di Parigi. Orbene, in seguito ad un accurato studio radiologico dei segni aderenziali diretti ed indiretti dei varî organi interessati, risulta come frequentemente, delle due regioni aderenti, una sola presenti deformazioni evidenti, donde la necessità di procedere sempre ad esami completi (colecistografia ed esame del tubo digerente), in tutti quei casi, nei quali la sintomatologia del quadrante addominale di d. non rientri decisamente in una forma circoscritta. È importante altresì il comportamento funzionale del complesso ileo-cecale in queste lesioni, per la possibilità che dallo studio delle pliche dell'ileo terminale si possa qualche volta raccogliere elementi preziosi ai fini della diagnostica radiologica. Gli AA. sono persuasi che in molti casi di vaste aderenze pericolecistiche e periduodenitiche di origine appendicolare, sia indicata l'appendicectomia e la colecistectomia in un solo tempo e senza drenaggio del letto epatico.

È altresì meritevole di considerazione, perchè pieno di deduzioni dottrinali e pratiche desunte dalla personale esperienza, la monografia del prof. Lovisatti, sulla radiologia dell'intestino cieco e la sua appendice.

Sistema nervoso. — Nel campo della neurologia, cito un caso di meningite streptococcica otogena passato a guarigione, reso noto dal dott. Carlo Calabresi, ed i contributi del dott. Bassi sulla meningite tubercolare atipica e sulle meningiti pseudo-tubercolari. A proposito delle forme atipiche di meningite tubercolare, l'A. discute l'appassionata questione, tuttora dibattuta, di un'autentica e duratura guarigione di queste forme, dichiarandosi molto scettico al riguardo, almeno tenendo conto dei casi raccolti in Clinica, e tutti seguiti da morte. Quanto poi alla meningite pseudo-tubercolare, la cui forma più comune è la linfocitaria benigna, passibile di guarigione, il dott. Bassi passa in rassegna i criterî differenziali fra queste forme linfocitarie e le tubercolari, e giunge alla conclusione che il più delle volte la differenziazione fra l'una e l'altra forma è possibile, ma va sempre fatta con somma prudenza e con grande cautela, specie nei riguardi del giudizio prognostico.

A proposito della reazione di Boltz nel liquido cefalo-rachidiano, il dott. Guarino in oltre cento liquores di soggetti con varie affezioni dell'asse cerebro-spinale, trova la maggiore percentuale di risultati positivi, laddove il numero dei leucociti è molto elevato, così nella meningite purulenta, donde la possibilità che all'esito della più o meno intensa positività della reazione contribuisca il numero dei globuli bianchi del liquor stesso.

Infezioni. — Argomento ancora oggi degno di considerazione è quello che riflette la patogenesi dell'erpete. Il dott. Jacchia è riuscito a riprodurre nell'uomo manifestazioni erpetiche tipiche (controllate poi con inoculazioni nella cornea del coniglio), mediante la stimolazione delle sierose meningee con iniezioni intrarachidee di acqua bidistillata. Lo studio e la critica dei risultati di tali esperimenti, nonchè delle conoscenze attuali sull'infezione erpetica, inducono il Jacchia ad ammettere, in accordo con altri AA. italiani, che il virus sia spesso presente nell'organismo umano allo stato latente.

In uno studio critico e clinico dei dottori Casanova e D'Ignazio sulle forme cliniche della brucellosi, vengono analizzate le cause presumibili della predilezione della brucella, ora per questo, ora per quell'apparecchio: gli AA. danno importanza non solo a fattori epidemiologici, ma soprattutto a fattori individuali.

A proposito di una nuova reazione proposta da Tsü per la diagnosi d'infezione luetica, il dott. D'Ignazio, in ricerche comparative con altre ricerche d'uso comune (RR. di Wassermann, Meinicke), e basandosi sui risultati in 738 sieri, viene alla conclusione che tale prova, per alcuni inconvenienti legati alla povertà di certi sieri in potere emolitico e in complemento, indipendenti da cause risiedenti nei caratteri del siero (vecchio od emolizzato), pur essendo dotata di grande semplicità e di scarsa aspecificità, non è consigliabile da sola nella pratica comune.

Reni. — In una rivista critico-sintetica sul problema fisio-patologico dell'ammoniogenesi renale, il dott. Guarino, dopo avere analizzato le varie teorie esistenti sull'argomento, ritiene che il rene sia l'organo principale che presiede alla funzione ammoniogenetica, pur non escludendo l'intervento di altri organi e tessuti, fra cui il fegato, l'intestino ed i muscoli. Ribadisce il concetto della importanza che assumono nell'organismo la formazione e la regolazione dell'ammoniaca per il mantenimento e la stabilizzazione dell'equilibrio acido-basico.

Altro quesito importante è lo studio dell'ammoniaca. Orbene, il dott. Guarino, in ricerche sperimentali sulla determinazione oraria dell'acidità, del pH e dell'ammoniaca urinaria in individui sani e nefropatici, ha constato che, mentre nei sani l'acidità e l'ammoniaca urinaria sono andate crescendo con un particolare andamento, negli individui, invece, con rene leso si è trovato una diminu-

zione dell'ammoniaca nelle urine, proporzionale alla gravità della nefropatia. Ne consegue che il rene, più precisamente l'app. glomerulare, rappresenti la sede di formazione dell'ammoniaca.

Parimenti il dott. Conti ha studiato l'influenza dell'adrenalina per via ipodermica sulla diuresi in soggetti con varie affezioni morbose e rene leso, o non, ed in quasi tutti ha potuto riscontrare un'azione inibitrice sull'eliminazione acquosa e molare soprattutto del cloruro di sodio e dell'urea, ed in minor grado dell'acido urico, dei fosfati e dei solfati.

A scopo di prova funzionale del rene, i dottori D'Ignazio e Sotgiu in numerosi nefropatici hanno studiato il rapporto fra il potere diastasico del sangue e delle urine, determinato col metodo di Wohlgemuth a pH costante. Hanno trovato che soltanto nelle più gravi lesioni renali con cospicua ritenzione azotata si verifica una ritenzione di fermento diastasico, e con ciò un'inversione del rapporto normale. I reperti di altri AA., di alti reperti nel sangue, come segno precocissimo, sono, secondo D'Ignazio e Sotgiu, passibili di critica, non essendo stata presa in considerazione l'influenza che le modificazioni del pH hanno sul potere emolitico.

Il dott. Casanova, in seguito a ricerche sperimentali, ha potuto dimostrare che la reazione xantoproteica sul siero di sangue costituisce un ottimo sussidio per la diagnosi di nefropatia; essa è solo modestamente influenzata da fattori extrarenali; cosicchè la constatazione di alte azotemie, non accompagnate da aumento della R. X, parla per l'origine extrarenale dell'iperazotemia.

Mi piace anche ricordare il caso di un tumore maligno del rene a sintomatologia molto atipica, descritto dal dott. Donati, in cui si discutono le varie possibilità diagnostiche e le ragioni che indussero all'errore di diagnosi, mettendo nel contempo in guardia il medico pratico.

ESSUDATI E TRASUDATI. — I dottori D'Ignazio e Donati riconoscono nella prova proposta di recente da Ferro-Luzzi, basata sulla diversa entità dell'acidità formalinica, espressa in cc. di NaOH n/10, un utile mezzo per differenziare un essudato da un trasudato.

ALLERGIA. — Il prof. Dolfini ha istituito delle esperienze, dalle quali è risultato che le cavie, trattate con vaccino antirabbico, e così pure con midollo spinale di coniglio normale, presentano, al pari dei controlli, un tipico choc da siero.

TERAPIA. — Sono stati fatti tentativi di alcoolterapia endovenosa nelle polmoniti acute dal dott. D'Ignazio, con alcuni benefici effetti, che si riferiscono in particolar modo al miglioramento della cenestesi, della funzionalità cardio-respiratoria ed abbassamento della temperatura; nonchè nella tubercolosi polmonare, con risultati pressochè uguali. sono stati tali da incoraggiare nei tentativi, sono stati tali da incoraggiare nei tentativi, specie nelle forme acute polmonarj.

La stessa terapia ha tentato il prof. Dolfini in tubercolotici in corso di trattamento pneumotoracico mono e bilaterale, e tale trattamento si è dimostrato assolutamente scevro di incidenti, anche in soggetti in istato veramente grave. Complessivamente i risultati ottenuti sono incoraggianti, per quanto un giudizio definitivo sarà reso possibile soltanto da ulteriori osservazioni. I due AA. si fermano poi a considerare il probabile meccanismo di azione dell'alcool iniettato.

Il Prof. Dolfini, a proposito di un caso clinico, richiama l'attenzione sulla possibilità che il pnx. terapeutico determini l'interruzione della gravidanza, soprattutto negli ultimi mesi di questa.

Il Dott. Jacchia, in base a parecchi casi di ulcere gastriche e duodenali, trattate col nuovo metodo delle iniezioni endovenose di benzoato di sodio, è convinto che il metodo sia dotato di efficacia terapeutica, soprattutto nei casi di ulcera gastrica. Ciò è confermato dall'osservazione dei malati per molti mesi, dai controlli radiologici, degli esami del succo gastrico, della riserva alcalina e del pH.

In altre ricerche sperimentali lo stesso Jacchia ha potuto constatare che l'associazione dell'acido deidrocolico (decholin) ai diuretici mercuriali, esalta fortemente l'azione diuretica loro, mentre ne è anche aumentata la tolleranza da parte dell'infermo.

* * *

Tale, in breve, la somma del lavoro compiuto nello scorso anno in questa nostra Scuola; lavoro, a cui guardiamo con soddisfazione, perchè è frutto di tenacia, di fede, di sacrificio.

Quando pensate alla vasta letteratura, di cui si è arricchito ciascuno degli argomenti, che, come avete sentito, fu posto allo studio dai miei assistenti, potete, già sol per questo, persuadervi come la medicina moderna sia in continua ascesa e lo studio clinico dell'infermo, seguendo la via maestra tracciata dallo odierno indirizzo scientifico con la larga visione di problemi clinici suggeriti dal perfezionamento di dottrine, in passato neglette ed anche derise, abbia oggi assunto notevole prestigio.

E noi ci sforzeremo di perseguire sempre la via iniziata, la quale, se è irta di spine ed esige studio tenace e soprattutto fede incessante, è pur quella che vale a ritemprare le forze e lo spirito, poichè, o cari giovani, il segreto della vittoria il più delle volte si può sintetizzare in queste due sole parole: « lavorare ed insistere ».

## OSSERVAZIONI CLINICHE.

Clinica Pediatrica della R. Università di Roma.

Direttore: Prof. L. Spolverini.

### La sindrome di Hand-Schüller-Christian

per il dott. Mario Faberi, aiuto v. e docente.

Da quando Hand ne descrisse il primo caso nel 1891, seguito poi da Kay nel 1905, da Schüller nel 1915, e da Christian nel 1919, parecchie altre osservazioni sono venute ad arricchire la letteratura medica, raccogliendone Henschen 31 casi, e Moreau, nella sua monografia del 1930, 36.

Il quadro morboso è stato così ben delineato in tutti i suoi particolari, ed un recente lavoro di Pincherle ne ha tracciato definitivamente i tratti fondamentali.

È una malattia che colpisce quasi esclusivamente i bambini e i giovani da 3 a 16 anni, manifestandosi con una caratteristica triade sintomatologica: alterazioni scheletriche, esoftalmo e diabete insipido, la quale per lo più insorge spontaneamente, e solo in singoli casi fu osservata in seguito a malattie infettive o a traumi.

Le alterazioni scheletriche possono colpire tutte le ossa, ma prevalgono in quelle della volta cranica, con comparsa di zone sollevate o appiattite, rilevabili radiologicamente come lacune di decalcificazione, le quali, contrastando con le zone normali vicine, creano l'aspetto del cosidetto: « cranio geografico ».

L'esoftalmo può essere mono o bilaterale, e il diabete insipido, di grado più o meno intenso, inizia talora la sindrome, oppure si manifesta durante il suo decorso. Altri sintomi sono stati poi descritti, alcuni dei quali frequenti a riscontrarsi, ed alcuni più rari.

Tra gli altri, quasi costante, il ritardo o l'arresto dello sviluppo corporeo, legato alla disfunzione del sistema endocrino, la quale può pure provocare l'adiposità eccessiva, i disturbi della sfera genitale e l'ostacolo allo sviluppo psichico.

Frequenti anche le manifestazioni cutanee, in forma di eczemi secchi o crostosi, esantemi desquamanti o papulosi, lesioni da grattamento, o addirittura forme a tipo neoplastico, per accumuli xantomatosi.

Egualmente frequenti le alterazioni dentarie, con spostamenti ed espulsioni dei denti da latte o di quelli permanenti.

Descritte poi otiti e mastoiditi, riniti ed epistassi, e manifestazioni viscerali svariate: tumore di milza, ingrossamenti ghiandolari, modificazioni del tessuto connettivo e grassoso, del pericardio, cuore, polmoni, pleura, reni ed apparato digerente.

L'esame del sangue dette solo in singoli casi reperti di modica leucocitosi. Importante invece la presenza, da qualche autore notata, e messa bene in rilievo da Pincherle, di forme cellulari a tipo endoteliale del lembo protoplasmatico, grandi, basofile, con vacuoli rotondeggianti e nucleo di forma variabile, ricordanti le cosidette « Schaumzellen », già descritte dal Di Guglielmo nelle lipoidosi tipo Gaucher.

Quasi sempre costante, secondo la statistica dei Henschen, è, finalmente, l'aumento del tasso colesterinico sanguigno, con valori che raggiunsero in certi casi i 525-820 mgr. Costituiscono a ciò eccezione, il recente caso di Herzan e Pinkus, nel quale la ipercolesterinemia non sarebbe stata dimostrata, e qualche altro, come ad esempio quello di Rovida.

Si è di fronte, dunque, ad un quadro multiforme e complesso, nel quale tuttavia i sintomi accessori si aggruppano sempre intorno alla triade fondamentale.

La base della sindrome è poi, come meglio diremo in seguito, legata al disturbo del metabolismo lipoideo, con speciali localizzazioni e reazioni del sistema reticolo-endoteliale, sì da doverla considerare come una « lipoidosi generalizzata », od anche una « reticolo-endoteliosi ».

La sistematizzazione delle lipoidosi generalizzate primitive è stata ben definita da Di Guglielmo ed Epstein, per cui si distinguono ora: la « lipoidosi cerebrosidica », (con accumulo del lipoide « cerasina »), o morbo di Gaucher; la « lipoidosi fosfatidica » (con accumulo di lipoide del gruppo dei fosfatidi, e specialmente di lecitina), o morbo di Niemann-Pick; la lipoidosi colesterinica, o sindrome di Hand-Schüller-Christian.

In quest'ultima, come si è visto, sono la colesterina ed i suoi esteri che si accumulano in certi punti dell'organismo, generando i varî sintomi, e l'anatomia ed istologia patologica ne hanno costantemente offerto la riprova.

I frammenti di biopsia, prelevati di preferenza dalle ossa affette, mostrarono sempre, infatti, la presenza di infiltrati e noduli xantomatosi e granulomatosi, nonchè delle tipiche cellule schiumose.

Tornando alle considerazioni cliniche, bisogna però mettere in rilievo come sia dato talora d'imbattersi in sintomatologie della forma morbosa, nelle quali l'uno o l'altro dei segni della caratteristica triade fa difetto.

Henschen, infatti, distingue i seguenti gruppi:

1) Casi di xantomatosi con alterazioni scheletriche, esoftalmo e diabete insipido;

2) Casi con alterazioni scheletriche ed esoftalmo, senza diabete insipido;

3) Casi con alterazioni scheletriche e diabete insipido, senza esoftalmo;

4) Casi con alterazioni scheletriche senza esoftalmo e senza diabete insipido;

5) Casi con solo diabete insipido;

6) Casi con disturbi dell'accrescimento;

7) Casi di xantomatosi o xantosarcomatosi, senza alterazioni scheletriche nè diabete insipido;

8) Casi di xantomatosi cutanee nei bambini e giovanetti.

La precedente suddivisione viene basata, naturalmente, sugli esempi offerti dalla letteratura, la quale, come dicemmo, si va sempre più arricchendo.

Ricorderemo solo i recentissimi casi di v. Doleschall e L. v. Udvardy, con solo diabete insipido e lacune ossee; di Rietschel, con tumore granulomatoso dell'occhio, diatesi emorragica ed epatosplenomegalia; di Hagnenau e Lantier, con sole lacune craniche.

È dunque importante conoscere queste forme oligo- e monosintomatiche, la cui esistenza fa pensare come, in realtà, i casi spuri possano essere più frequenti di quanto sin qui non siasi creduto.

Riteniamo pertanto utile descrivere un caso recentemente ricoverato nella nostra Clinica.

V. Giuliano, di mesi 27, nato a Roma da genitori israeliti, ambedue di 32 anni, sani. Il padre non soffrì di malattie veneree, e la madre ebbe 3 gravidanze a termine. Due fratellini viventi e sani.

Il bambino nacque a termine, da parto regolare, ed ebbe allattamento materno per 6 mesi, poi misto con minestrine fino allo svezzamento, praticato al 18° mese.

I primi denti, primi passi e prime parole in epoca normale. Fino all'età di 2 anni l'accrescimento fu regolare, e non vi furono malattie nè disturbi degni di nota.

La malattia attuale si iniziò nell'ottobre 1932, con poliuria e polidipsia accentuate, arresto dell'accrescimento, e abbattimento progressivo.

Non furono notati febbre nè fenomeni morbosi d'altra natura. Viene ricoverato in Clinica il 29-I-1933.

E. O. Soggetto notevolmente ipotrofico e deperito. Pallore della cute e delle mucose visibili accentuato, con scarsissimo sviluppo del sottocutaneo.

Sulla cute del tronco e delle coscie si notano numerose piccole maculo-papule, in parte emorragiche, in parte ricoperte da crosticine e squamette giallo-arancione. Masse muscolari esili ed ipotoniche. Micropoliadenia generalizzata.

Normali gli organi dei sensi. Bulbi oculari non protrusi. Dentatura completa e sana.

La palpazione del cranio offre sensazione di infossamento della teca ossea in corrispondenza delle regioni temporali e occipitali.

Addome piuttosto globoso, meteorico, con notevole diastasi dei retti. Si palpa il fegato a circa 1 dito dall'arco costale, un poco aumentato di consistenza, liscio, e in alto raggiunge la VI costola sulla emiclaveare. Anche la milza deborda circa 1 dito dall'arco, di consistenza aumentata, indolente, e in alto si delimita dietro la IX costola, sull'ascellare anteriore.

Normale il reperto polmonare e cardiaco. Polso di media ampiezza, ritmico, regolare. P. mx. 90, media 62, mn. 45 (Pachon).

Nulla di patologico a carico del sistema nervoso. Si rileva solo uno stato di depressione notevole ed una tendenza ad irritabilità eccessiva.

Esiste poliuria netta, difficilmente controllabile perchè gran parte delle urine è perduta nel letto; comunque la quantità media nelle 24 ore si aggira tra 2500-3000 cmc. Vi corrisponde polidipsia intensa, con introduzione di circa 3 litri di liquido giornalieri.

Misurazioni dei segmenti corporei: altezza 77 cm., peso 7,500, busto (metà superiore) 36 cm., arti inf. (metà inferiore) 41 cm., circ. toracica 43 cm., circonf. cranica 44 cm., diam. bipar. 11,5 cm., diam. a. p. 17 cm.

Urine: chiare, limpidissime, a reazione debolmente acida e p. s. 1001. Albumina: traccie minime; glucosio ed acetone assenti. Sedimento: negativo.

Glicemia (a digiuno) 0,9. Cloremia: plasma 3,78, emazie 1,88, sangue totale 3,28. Rapporto 0,50. Colesterinemia 282 mg. Esame del sangue: Hb. 78. Emazie 4.970.000. V. G. 0,78. Globuli bianchi 14,200. Formula: neutrofili 54, linfociti 38, monociti 2, forme di passaggio 6.

Reaz. Wassermann praticata nel bambino e in ambedue i genitori: negativa.

Cutireazione ed intradermoreazione: negative.

Puntura lombare: liquor limpido; pressione 16-23 (Claude); Albumina 0,17 ‰. Negative Boveri, Pandy e sedimento.

Indagine radiografica dell'apparato osseo: negativa per i vari segmenti, tranne che per il cranio, dove si nota modica diastasi delle suture parieto occipitali e zone di rarefazione a tipo lacunare in corrispondenza dell'occipite e delle fronto-parietali (vedi radiografie).

Radioscopia del torace negativa.

Decorso clinico: durante la permanenza in clinica le condizioni del bambino sono restate invariate, ed ha predominato nel quadro morboso la poliuria e la polidipsia, con emissione giornaliera di 3-4 litri di urina, coi soliti caratteri e introduzione di pari quantità di liquido.

La poliuria non fu influenzata da iniezioni di endopituitrina ed insulina, mentre diminuì notevolmente, con contemporanea diminuzione della sete, in seguito ad insufflazioni nasali di estratto secco di ipofisi posteriore (25 cgr. ipofisi + 25 cgr. lattosio).

Si era deciso di sottoporre il bambino alla cura radioterapica, allorquando, improvvisamente, am-

malò di broncopolmonite, seguita da otite media purulenta sinistra.

Lo stato di denutrizione andò naturalmente accentuandosi, e si notò un aumento delle manifestazioni cutanee già descritte.

Sopravvenuta poi infezione morbillosa, fu trasferito al reparto isolamento, ove nel marzo 1933 decedette, per sepsi e noma della guancia sinistra. Non fu permessa l'autopsia.

Un carattere speciale, da rilevare nel nostro caso, è quello di essere sopravvenuto in soggetto di razza ebrea, fatto raro ad osservarsi nella sindrome di Schüller-Christian, al contrario di quanto invece accade per il morbo di Niemann-Pick. Tale particolarità etiologica si riscontra solo in pochissimi casi



FIG. 1.

della letteratura (Herzenberg), così come per eccezione si notò talora un carattere famigliare.

Il nostro caso rientra, come si vede, nel 3° gruppo della classifica di Henschen, poichè vi ritroviamo le alterazioni scheletriche, e il diabete insipido, quali sintomi fondamentali, ai quali si aggiungono quelli, accessori, ma pure importanti, dell'arresto dell'accrescimento, delle manifestazioni cutanee, dell'ipercolesterinemia e dell'epatosplenomegalia.

Che l'esoftalmo vi faccia difetto non è da stupirsi, in quanto è necessario, per la sua comparsa, l'accumulo di neoformazioni xantomatose nell'orbita, le quali spostino meccanicamente il bulbo oculare.

Casi consimili al nostro sono stati descritti, e recentemente quello di Doleschall e Udvardy, in un soggetto di 6 anni.

Non ci sembra poi che altre diagnosi differenziali debbano esser prese in considerazione, non esistendo alcuna solida base per discutere sull'eventualità di un semplice diabete insipido, di un infantilismo ipofisario, di un'osteopatia localizzata, o infettiva, o parassitaria, o diffusa; diagnosi queste che, in altri casi meno netti e completi, furono poste in discussione.

Alcune considerazioni riteniamo opportuno fare circa il problema patogenetico.

Quasi tutti gli AA. sono infatti d'accordo, come già accennammo, nel ritenere che si tratti di una sindrome da alterato ricambio generale e di quello lipoideo in particolare.

Qualche voce discorde esiste tuttavia a tale proposito. Il Ceelen, per esempio, ha recentemente sostenuto che si tratti dapprima dello sviluppo di un tessuto di granulazione ricco di cellule, che poi si cambia in tessuto cicatriziale fibro-ialino, contenente cellule lipoidee, le quali in seguito perirebbero, residuando il solo tessuto cicatriziale. L'accrescimento infiltrante e distruente del tessuto di granulazione, la sua tendenza alla necrosi e rammollimento, e la diffusione sistematica nell'apparato emotopoietico, parlerebbero per l'A. contro l'ipotesi di una alterazione primitiva del ricambio.

Tale veduta non ci sembra del tutto accettabile, prospettando il problema da un punto

di vista troppo esclusivamente anatomopatologico, e non spiegando affatto il fenomeno della deviazione del ricambio colesterinico dalla norma, come è invece comprovato dalla frequentissima ipercolesterinemia, dall'accumulo degli ammassi xantomatosi nei tessuti e dalla comparsa delle caratteristiche cellule schiumose contenenti lipoidi.

Pur ammettendo tuttavia come logica una tale deviazione iniziale, sarebbe però assai importante svelarne la causa prima che la determina.

A tale proposito le ipotesi degli AA. non sono egualmente concordi.

Mentre infatti Rietschell e Rovida, ad esempio, ritengono che non possa parlarsi di malattia primitiva dell'ipofisi e mesencefalo, altri AA., tra i quali Pincherle, ammettono come verosimile un'alterazione di tali centri.

A favore di tale veduta militano varî fatti, tra cui quello del frequente inizio della sindrome sotto forma di diabete insipido, l'estrema frequenza delle concomitanti e già descritte alterazioni generali da lesione endocrina, e, finalmente, il rilievo costante delle modificazioni istologiche della regione paraipofisaria, nei casi studiati anatomopatologicamente (Pincherle).

È del resto ben conosciuta l'importanza del sistema neuro-vegetativo ipofisario come uno degli apparati regolatori degli scambi lipoidei, e a tal proposito ci sembrano notevoli, tra le altre, le ricerche sperimentali di Moehlig e Ainslee, i quali riuscirono a provocare variazioni nette del tasso colesterinico nei conigli, ai quali erano stati somministrati estratti ipofisari posteriori.

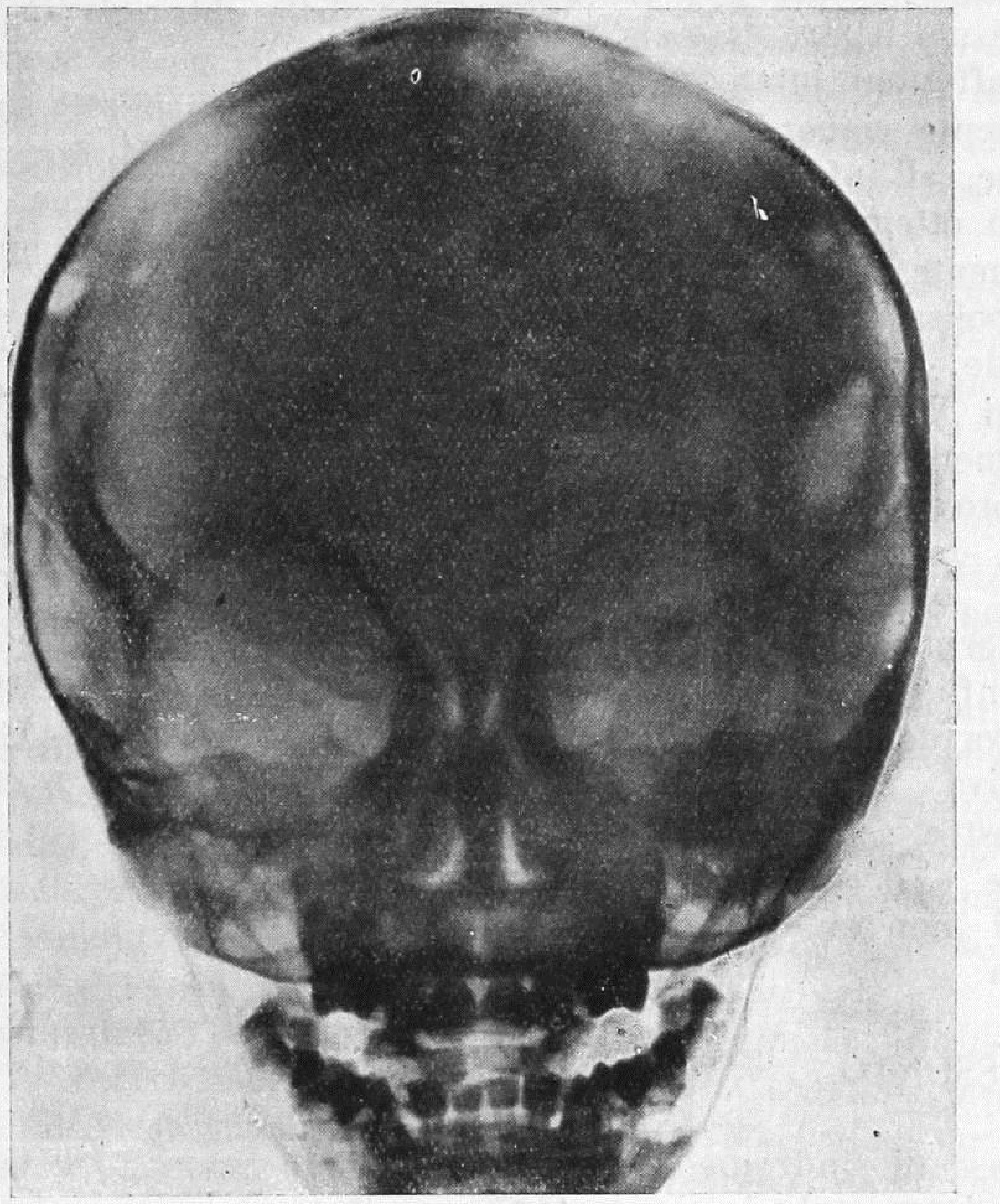


FIG. 2.

Anche Warthin ha dimostrato come nell'atrofia dell'ipofisi spesso si abbiano manifestazioni in forma di lipemia diabetica o di malattia di Gaucher, che somigliano alla malattia colesterinica dei conigli.

Non ci sembra quindi affatto illogica l'ipotesi di una disfunzione primitiva dell'apparato ipofisario-mesencefalico, determinante l'alterazione del metabolismo colesterinico, e, di conseguenza, lo stabilirsi della speciale sindrome.

Tale ipotesi è oggidì sostenuta da autorevolissimi studiosi, tra i quali citeremo anche il Pende, il quale, per l'appunto, parla di una endocrino-simpatosi, a tipo neuro-ipofisario.

Il problema insoluto resterebbe invece ancora quello della causa morbosa capace di provocare tale disfunzione, dato che solo in singoli casi precedette un trauma, e più rara-

mente ancora una malattia infettiva, mentre in tutti gli altri non si riuscì a svelare presenza di germi patologici, il che farebbe pensare essersi trattato in definitiva di una vera e propria malattia del ricambio ad etiologia sconosciuta.

La prognosi della malattia è variabilissima, potendosi osservare remissioni ed anche guarigioni definitive. In alcuni malati si ebbero talora decorsi anche di 10-11 anni, ed in altri, invece, come accadde nel nostro caso, la morte sopravvenne per affezioni intercorrenti.

Per quanto finalmente riguarda la terapia, è ormai assodato che, all'infuori dei parziali resultati che possono ottenersi da quella sintomatica, e specialmente dalla somministrazione di preparati ipofisari, influenzanti talora il diabete insipido, un'azione specifica è svolta solo dai raggi X applicati sui singoli focolai ossei e, in genere, sugli accumuli xantomatosi. Ciò è comprovato ormai da vari AA., tra i quali citeremo, dei nostri, Rovida, Zaccaria e Pincherle.

Il ricambio colesterinico verrebbe così ad essere direttamente influenzato, ottenendosi la regressione progressiva dei sintomi, e, spesso, la guarigione definitiva.

Purtroppo, nel nostro caso, il decorso tumultuario del male e il sopravvenire delle complicanze mortali non ci ha permesso di applicare tale terapia.

## RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di sindrome di Hand-Schüller-Christian a sintomatologia incompleta, e commenta brevemente le più recenti vedute etiologiche e patogenetiche della malattia.

## BIBLIOGRAFIA.

Per la bibliografia completa fino al 1931 si consultino i lavori:

M. Pincherle. Arch. It. Ped. e Puer., vol. I, n. 1, settembre 1932.

Henschen F. Acta Ped., 12°, 1931, suppl. 6.

Rovida F. Radiol. Medica, XIX, luglio 1932.

Altri autori recenti citati nel presente lavoro:

— V. Herzan e H. Pinkus. Klin. Mbl. Augenteilk, 89, 7, 21, 1932.

— F. v. Doleschall e L. v. Udvardy. Deut. Med. Woch., 8, 281, 1934.

— Rietschel. Zeitschr. f. Kinderheilk, 54, 65, 1932.

— Haguenau e Lantier. Bull. et Mem. Soc. Med. Hôp., Paris, 49, 161, 1933.

— W. Geelen. Deut Med. Woch., 680, 1933.

— R. C. Moehlig e H. B. Ainslee. Ann. of. Clin. Med., 5, 772, 1927.

— A. Zaccaria Radiol. Medica, 19, 857, 1932.

# RICONOSCIMENTI.

## L'attività chirurgica italiana nel giudizio di E. Forgue.

La recente pubblicazione in Italia di alcune opere chirurgiche dovute ai proff. Alessandri, Uffreduzzi e Catterina offre ad Emile Forgue, professore emerito di Clinica Chirurgica a Montpellier e Membro dell'Istituto di Francia, l'occasione di esporre delle considerazioni generali sulle condizioni della chirurgia in Italia e sulla giovanile attività delle nostre Scuole chirurgiche.

L'articolo, pubblicato sulla *Gazette des Hôpitaux* del 10 ottobre 1934, è pieno di simpatia per l'Italia, dove, dice il Forgue, il Paese ha un culto per i suoi scienziati e per i buoni servitori della Scienza. Riteniamo, pertanto, opportuno di riprodurre integralmente nella lingua originale la parte più generale e che maggiormente c'interessa dell'articolo. Il lusinghiero giudizio che il Forgue esprime sul Trattato pubblicato dalla nostra Casa Editrice, è tanto maggiormente apprezzabile, in quanto egli stesso è autore di un trattato di chirurgia ben noto agli studiosi e che è anche tradotto in italiano.

« *On ne saurait, sans parti pris, contester qu'il se produit actuellement, en Italie, pour la chirurgie comme dans tous les domaines, une brillante et importante renaissance. C'est un mouvement de grand progrès, dans les recherches de Laboratoire, dans la précision de la technique opératoire, dans l'équipement et le fonctionnement modernes des services. Il se manifeste par l'apparition actuelle de traités chirurgicaux de premier plan, par un Congrès annuel des chirurgiens où sont présentés des rapports très érudits et judicieusement critiques, par l'activité de réunions chirurgicales régionales dont les sociétés piémontaise et lombarde m'ont paru très laborieuses, par une série de journaux bien composés, qu'alimente une production nationale intense et neuve, très exactement au courant des publications internationales.*

« *Tout cela va de l'avant, animé de cet esprit de jeunesse, de renouvellement, qui est la caractéristique de l'Italie contemporaine. Une connaissance polyglotte très étendue des travaux étrangers, un contact plus direct que chez nous avec les écoles allemandes et américaines, une plus généreuse acquisition, par les bibliothèques universitaires, des journaux et livres de toutes langues, et, par-dessus tout, un encouragement plus efficace, venu d'en haut, à l'effort national intensifié: voilà les moteurs de ces progrès.*

« *Je sait bien — et l'âge m'a donné cette expérience — qu'il faut se garder des apparences. Je m'abstiens de tout jugement de fond sur le ré-*

*gime, bien que j'aie beaucoup lu et beaucoup observé en cette matière; et j'évite sagement de passer, comme certains, de l'injuste dénigrement à l'excès d'admiration. Je me borne à constater que nous voyons ici ce que peuvent produire le rétablissement de l'autorité nécessaire, dans l'Instruction publique dont dépend la formation intellectuelle et morale d'un pays; la méthode et la continuité des vues concernant l'organisation des grandes Ecoles; le bon emploi des crédits; le choix des hommes; la confiance exaltée dans l'avenir national.*

*« Les livres d'enseignement sont, à cet égard, de précieux indices du niveau et de l'orientation de culture des générations montantes. Dans l'ordre primaire et secondaire, ils sont les bréviaires, par lesquels s'éduque civilement toute la jeunesse d'un pays et dont les leçons peuvent se traduire plus tard, par de considérables événements nationaux; il y a donc un intérêt majeur à suivre et à comparer ces livres élémentaires de classes. Dans l'enseignement supérieur, ils donnent la mesure des progrès de l'instruction professionnelle, des méthodes de formation intellectuelle, du niveau des études, des objectifs de recherche et de perfectionnement. Les éditeurs sont, à ce point de vue, de puissants diffuseurs de la pensée nationale, des agents très efficaces de propagande; et il est juste de rendre hommage aux services qu'ont rendus, chez nous, nos grandes maisons d'édition médicale, par la largeur de leurs entreprises, le soin de leur typographie et de leurs illustrations, la qualité artiste de leur forme. Ces mérites du livre français doivent être maintenus et encore accrus; car, la concurrence étrangère introduit, sur le marché des livres, surtout des livres médicaux, des œuvres magnifiquement présentées.*

*« Voici quelques précis et traités de chirurgie, qui viennent de paraître, qui répondent à ce sentiment de production nationale* (fare da sè) *et qui font honneur aux Maîtres qui les ont dirigés ou rédigés et aux firmes d'édition italienne qui en ont assuré l'exécution.*

*« A l'occasion de l'anniversaire de la trentième année d'enseignement de notre ami le professeur Alessandri, directeur de la clinique chirurgicale de l'Université de Rome et en dédicace à ce maître, a été rédigé, par une élite de dix-huit chirurgiens italiens, un* MANUEL DE CHIRURGIE *en quatre volumes et six parties. C'est un beau travail d'équipe, enlevé « presto » et avec ensemble. Et la maison éditrice* LUIGI POZZI *lui a donné une présentation parfaite d'impression, d'illustration, de reliure. Sans doute, comme dans toute rédaction collective, il y a des inégalités, des chapitres plus développés; mais, la division de la tâche et le choix des collaborateurs ont été si soigneusement observés, que l'oeuvre garde une unité très satisfaisante; il faut de la discipline d'esprit pour un résultat semblable.*

*« Le premier volume est consacré à l'anesthésie, aux infections chirurgicales, à la chirurgie des parties molles, des vaisseaux, des os, des articulations, aux difformités congénitales des membres, à l'exploration radiologique. A signaler le chapitre écrit par Valdoni, sur la chirurgie osseuse, qui accorde aux dystrophies du squelette et aux tumeurs de l'os, une description détaillée et actuelle. La partie concernant l'orthopédie est, en général, traitée avec beaucoup de compétence et de précision: on voit que, surtout sous l'influence de Putti, ces questions ont, chez nos voisins, été très exactement étudiées.*

*« Le deuxième volume, dans sa première partie, expose, très convenablement, les maladies de l'oreille, du nez et des sinus de la face, des maxillaires, de la bouche et de la langue, du pharynx, du larynx et de la trachée. La seconde partie, plus intéressante pour la chirurgie générale, contient quatre importants chapitres: thyroïde et parathyroïde; mamelle; thorax; appareil génital. La chirurgie des goitres a été traitée par Ascoli avec clarté et très classiquement. Le chapitre écrit par Paggi sur les parathyroïdes est bref, mais bien à jour. Ascoli expose, nettement, la chirurgie du thorax, du coeur, de l'oesophage, des plèvres: c'est au courant des travaux modernes. La chirurgie des organes génitaux de la femme est moins largement traitée.*

*« Le tome III contient la* neuro-chirurgie, *qui est l'objet de chapitres bien rédigés, avec développements d'actualité sur la chirurgie des tumeurs cérébrales, de l'hypophyse, de la moëlle, des nerfs périphériques. Ainsi qu'il convient dans un traité moderne de thérapeutique chirurgicale, la chirurgie du système nerveux végétatif est amplement exposée, en ses diverses applications.*

*« Le quatrième volume est consacré à la chirurgie abdominale. A signaler: un bon chapitre sur les hernies, par le professeur Gussio; une présentation condensée de la chirurgie du pancréas; un résumé de chirurgie gastrique par le professeur Baggio, écrit avec sens clinique; une étude complète et à jour des affections chirurgicales de l'intestin ».*

Dopo la pubblicazione di tale ampia rivista bibliografica, il Forgue stesso in una lettera personale al prof. Alessandri preconizza una collaborazione più intima fra la Francia e l'Italia; affermando che essa rispecchia le idee degli ambienti intellettuali francesi e che ci sembra opportuno pure pubblicare per confermare la simpatia reciproca fra le due Nazioni oggi molto più evidente di ieri.

*« Je serais heureux de savoir qu'elle a paru, à mes collègues italiens, un hommage à votre*

*grand effort de travail discipliné, inspiré d'une idée nationale haute et légitime.*

« *Me serait-il permis d'espérer que, grâce à votre puissante présentation, cette étude — et celle que j'ai consacrée dans votre livre jubilaire, à la herniologie italienne et à votre grand Scarpa — soient mises sous les yeux de votre Chef de Gouvernement, de l'éminent « Duce » qui conduit vos destins! Cela lui serait un témoignage de ce que pense notre élite médicale de son œuvre magnifique. Et ce témoignage a d'autant plus de valeur qu'il est* spontané, *libre (Dieu merci) de toute mission ou permission de nos dirigeants, indépendant et sincère...*

« *Je veux, simplement, être un des meilleurs ouvriers qui travaillent à l'union de nos deux grands peuples, dont la collaboration, vigilante, me paraît la condition de la Paix du monde.*

« *Je vous envoie aussi mon allocution à la réunion de l'« Umfia » que je présidait et la fantaisie rimée où j'ai glissé mon avertissement* ».

Condividiamo *toto corde* i sentimenti espressi dall'insigne clinico e scienziato ed auspichiamo una infrangibile solidarietà dei due popoli neolatini; immancabilmente i vincoli che già li uniscono nel campo culturale ed intellettuale e nella vita civile diverranno sempre più stretti.

LA REDAZIONE.

# SUNTI E RASSEGNE.

## TISIOLOGIA.

### Sulla diagnosi e trattamento delle emottisi.

(W. CURSCHMANN. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 14 sett. 1934).

L'A. ricorda che il solito criterio differenziale fra l'emottisi e l'ematemesi, basato sull'aspetto rosso chiaro e schiumoso del sangue emesso, può talora essere fallace perchè il sangue gastrico attraverso il faringe può refluire nella trachea dove assume i caratteri suddescritti. Anche il sangue tracheale può mentire l'emottisi polmonare; d'altra parte l'esame del malato non può essere sempre eseguito per timore di provocare ulteriore emissione di sangue. Il reperto ascoltatorio, spesso muto anche nel caso di lesioni cavitarie, può talora simulare caverne non esistenti, per rumori umidi provocati dalla presenza di sangue nella trachea, grossi bronchi e parti ad essi adiacenti. La ricerca di bacillo di Koch nel liquido emesso riesce positiva quando oltre al sangue vi si trova anche l'escreto.

L'A. stabilisce i punti cardinali della diagnosi differenziale della tbc. cogli altri processi polmonari che possono dare l'emottisi: vanno ricordate le bronchiectasie, in cui frequentemente manca lo sputo caratteristico, e che sono rilevabili soltanto mediante esame radiologico col mezzo di contrasto; inoltre la bronchiectasia stessa può rappresentare l'esito di un processo tubercolare a tendenza fibrificante e retrattiva. Nelle lesioni polmonari da actinomices, monilia ecc. la guida diagnostica sarà fornita dall'odore fetido dello espettorato e dal reperto microscopico di esso. Anche per spirochetosi di Castellani nella sua forma cronica la diagnosi differenziale presenta spesso difficoltà notevoli; lo stesso dicasi della lues polmonare; in ambedue le affezioni che possono dare l'emottisi anche il quadro radiologico può prestarsi ad errori diagnostici che possono essere evitati ricorrendo a ricerche collaterali. Vanno ricordati ancora i tumori polmonari che rammollendosi danno luogo a cavità dalle quali talora invece del solito sputo color lampone viene emesso del sangue puro; l'A. cita un caso di tumore della pleura mediastinica in cui in seguito a compressione dell'ilo si sono manifestate emottisi da stasi dei vasi bronchiali.

Anche corpi estranei, talora rappresentati dai bronchioliti possono causare emottisi anche imponenti per lesioni vasali dovute alla loro superficie irregolare.

L'emottisi da infarto polmonare si classifica per lo più facilmente in base al quadro clinico; invece di diagnosi difficile può essere la emissione del sangue polmonare nei cardiaci; è noto che essa si manifesta nei periodi di stasi e di scompenso, giungendo talora perfino all'emottisi vera e propria; ora anche negli altri processi polmonari la tendenza all'emottisi viene favorita dalle stesse condizioni.

Per quel che riguarda il trattamento dell'emottisi, l'A. enumera i soliti procedimenti: riposo dell'ammalato, calma psichica event. favorita dalla morfina, impacchi sul petto, preparati di calcio ecc.; se è possibile giova spesso la collassoterapia immediata tanto più desiderabile inquantochè nella tbc. il sangue riassorbito dai bronchi può causare una disseminazione. La gelatina agisce oltre che per l'azione emostatica anche perchè provoca febbre; ora è noto che questa favorisce la coagulazione: difatti quando si manifesta la polmonite febbrile da aspirazione l'emottisi cessa sempre.

Talora si può ricorrere perfino al salasso; tale procedimento è naturalmente più appropriato per i casi di emottisi non tubercolare (da stasi ecc.); un surrogato di esso può essere rappresentato da provocazione di stasi artificiali negli arti mediante la legatura alla base: alternando la legatura sui singoli arti di mezz'ora, e passando da un arto all'altro, si può mantenere tale stasi per giorni interi, con un discreto abbassamento della pressione centrale.

S. MINZ.

### Contributo allo studio della patogenesi, dell'evoluzione e della cura delle laringiti tubercolari.

(G. DERSCHEID e P. TOUSSAINT. *Arch. Medico-chirurg. de l'Appareil respirat.*, n. 4, 1934).

Un tempo la laringite tubercolare si considerava inguaribile; ma già nel 1897 il Der-

scheid pubblicava 157 casi di guarigione su 220 casi (59 %).

La laringite tubercolare è sempre secondaria ad un focolaio localizzato nel polmone.

Per quanto riguarda il meccanismo di produzione della laringite, non si può pensare che l'infezione sia portata al laringe dall'espettorato di origine polmonare, perchè ci sono dei tubercolotici polmonari con lesioni laringee che non espettorano mai, e che cominciano ad espettorare solo dopo un pneumotorace o una frenicectomia, e proprio quando le lesioni laringee cominciano a migliorare.

Secondo gli AA. la patogenesi è linfatica e più precisamente attraverso la rete linfatica sottomucosa laringea che è in dipendenza dei linfatici polmonari.

La forma principale di laringite tubercolare è *la laringite acuta essudativa*, costituita istologicamente da un complesso di edema, essudazione fibrino-leucocitaria e di tubercolosi costruttiva. L'inizio è brusco, la sua comparsa spesso sincrona coll'attacco polmonare. Per un certo tempo la lesione laringea è alle dipendenze di quella polmonare, poi se ne libera ed evolve per conto proprio.

Si può avere l'esito in guarigione in coincidenza colla guarigione polmonare oppure si può avere il passaggio (dal punto di vista anatomico) dal *grosso laringe bianco* al grosso e poi al *piccolo laringe rosso e granuleggiante* e da qui si può andare verso la risoluzione totale o subtotale.

Ma spesso si ha una *sequela vegetante fissa* compatibile con una sopravvivenza discreta, ma che costituisce un'infermità demoralizzante, una sorgente certa di subintossicazione periodica, un ostacolo ad un'attività continuata.

La *laringite essudativa è la prima tappa obbligata delle forme subacute?* Gli AA. rispondono di sì. Accanto a questa forma essi pongono una *forma catarrale semplice generalizzata o localizzata* (a una corda, ad un'apofisi vocale, alle aritenoidi). C'è anche la *forma infiltrocatarrale localizzata*, che crea l'aspetto vellutato degli spazi interaritenoidei. Pure questa forma può dare granulazioni o ulcerazioni.

Esistono anche delle *forme essenzialmente croniche*, di cui la più frequente è la *forma vegetante limitata* (infiltrazione interaritenoidea, polipo delle corde o della commessura anteriore) curabile con ignipunture.

Ci sono anche una *forma fibrocatarrale benigna*, che si cura utilmente con spennellature all'acido lattico, e *una forma vegetante diffusa*.

Gli AA. non hanno mai veduto le *forme tumorali localizzate* descritte da Avellis e Portman.

La tubercolosi laringea procede a *poussées* essudative che possono risolvere, ma che lasciano esiti a volte importanti.

L'elemento lesivo temibile è l'ulcerazione, non solo perchè dolorosa (donde disfagia), ma anche perchè facilmente è sede di infezione secondaria che tende a estendersi in profondità e dà facilmente una dissezione necrotica. Queste forme si devono curare attivamente: ignipuntura delle vegetazioni che tendono a fondersi, scintillamento, anche raschiamento all'acido lattico delle ulcerazioni superficiali e l'elioterapia locale.

Anche nella fase finale, in quella « della menzogna e dell'oppio » gli stessi procedimenti elettrici possono dare al malato un sollievo più netto di quello dell'alcoolizzazione del laringeo.

R. LUSENA.

## SINDROMI DOLOROSE.

### L'epigastralgia.

(A. BRUNET. *Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, marzo 1934).

L'epigastrio e l'ipocondrio destro sono due regioni mal delimitabili fra di loro sopratutto perchè gli organi che corrispondono ad esse fanno parte tanto dell'una che dell'altra. In clinica perciò vengono spesso confuse ed il dolore che vi si manifesta è difficilmente localizzato.

I filuzzi nervosi portatori della sensibilità di entrambe le regioni terminano al plesso mediano e paramediano del simpatico; c'è infine il plesso solare che presiede alla innervazione dello stomaco e di altri visceri addominali.

L'A. perciò è del parere che volendo parlare di dolore epigastrico si debba comprendere, dal punto di vista clinico, tutta una regione che comprende l'epigastrio e l'ipocondrio destro. Egli nel presente lavoro vuol richiamare l'attenzione sopra una modalità del dolore epigastrico: la sua evoluzione nel tempo. Vi sono dei periodi nei quali i malati soffrono ed altri nei quali non soffrono affatto. Sotto questo punto di vista si possono riscontrare diversi quadri.

In certi malati il dolore è continuo, di giorno e di notte ed il pasto non lo influenza affatto. Gli alcalini ed anche altri medicinali sono inefficaci. Si tratta in questi casi di perivisceri te: peritonite cronica, aderenze, epiploite.

In altra categoria di malati, i nervosi, la caratteristica è costituita dalla irregolarità delle sofferenze: si tratta di sensazioni di freddo o di caldo, di stiramenti, di bruciori, ecc. ecc. Talora i dolori cessano, per riprendere senza ritorno, dopo un tempo variabile.

Un terzo gruppo è costituito dai dispeptici ipersténici o ipostenici. I loro dolori sono in stretto rapporto con i pasti: sotto l'influenza del riposo, della dieta e delle cure, si attenuano, ma solo per qualche tempo, dopodichè i malati ricominciano a soffrire per settimane e mesi.

Vi sono poi gli ulcerosi: questi cominciano a soffrire bruscamente e continuano ad avvertire dolore tutti i giorni dopo il pasto, quasi sempre alla stessa ora. Dopo qualche tempo di sofferenze il dolore improvvisamente cessa ed il benessere si protrae per mesi ed anche per anni finchè tutto ad un tratto, senza motivo plausibile, ricomincia.

Un ultimo gruppo di malati infine è costituito dai vescicolari ed è caratterizzato dall'al-

ternarsi di periodi di dolore e periodi di calma, gli uni e gli altri più brevi di quelli degli ulcerosi. La crisi dei vescicolari insorge per lo più di notte, dopo un pasto abbondante ed è spesso accompagnata da subittero, nausea e modica febbre.

Ecco i principali schemi del dolore epigastrico: occorre però tener presente che questi varî tipi clinici possono mescolarsi e sovrapporsi fra di loro, dando luogo ad ogni specie di combinazioni e di sindromi conseguenti.

VICENTINI.

## La cura dei dolori cardiaci.

(A. W. STOTT. *Practitioner*, settembre 1934).

I dolori cardiaci sono tra i più intensi che l'uomo possa soffrire e costituiscono un sintoma comune in molte affezioni funzionali ed organiche del cuore.

La cura per essere efficace deve essere appropriata e quindi richiede un'esatta diagnosi della causa e l'accertamento del vero significato del disturbo.

Al riguardo l'anamnesi fornisce utili elementi. I punti sui quali bisogna particolarmente insistere riguardano il carattere della sensazione dolorosa, il suo modo d'inizio, i fattori che tendono a produrlo (movimenti, stanchezza, eccitamenti ecc.), la sua sede e le sue irradiazioni, la sua durata.

Il dolore cardiaco, salvo poche eccitazioni, è prodotto da tre grandi cause: astenia neurocircolatoria, angina pectoris, infarto cardiaco.

1) L'astenia neurocircolatoria è una condizione funzionale nella quale prevale l'elemento nervoso in quanto l'ipersensibilità del sistema nervoso provoca un abbassamento della soglia del dolore. Quantunque il dolore possa essere molto intenso non ha generalmente un significato prognostico serio. Il dolore è di solito precordiale specialmente localizzato nella regione della punta. È molto variabile per carattere ed intensità: talora è avvertito come un indefinibile senso di pena, talvolta è come una sensazione di pizzicore e nelle forme più intense come puntorio o lancinante. Si verifica per lo più in seguito a stanchezza da lavoro fisico o mentale e meno in seguito ad uno sforzo isolato o a fatti emotivi. In qualche caso, quando il dolore è forte, si può avere irradiazione all'arto superiore sinistro. In molti casi si può avere un'iperestesia precordiale. È importante il fatto che il dolore può durare anche per parecchie ore.

Esclusa l'esistenza di lesioni organiche, bisogna innanzi tutto convincere il paziente che si tratta di cosa di scarsa importanza, di fatti nervosi che possono essere efficacemente curati. Si prescriverà una dieta leggera, l'astensione dall'alcool e dal tabacco, si consiglierà una vita all'aria aperta e moderati esercizi fisici. Ai soggetti molto nervosi si somministreranno piccole dosi di bromuri o di luminal.

Nelle forme più gravi, specie quando il dolore è accompagnato da mancanza di respiro e cardiopalmo, si praticherà lo stesso la suggestione e si consiglieranno maggiori riguardi.

2) L'angina pectoris quantunque appaia un disturbo prettamente funzionale è probabilmente sempre legata ad affezioni organiche. La causa fondamentale è l'insufficiente apporto di ossigeno al miocardio, dovuto per lo più a restringimento degli ostii coronari o di altre parti delle arterie stesse bloccate da lesioni ateromatose, oppure a spasmo delle stesse coronarie.

L'angina pectoris colpisce prevalentemente gli individui di media età, in ispecie i lavoratori cerebrali e quelli che conducono vita sedentaria. All'esame si riscontra quasi sempre ipertensione, ma di solito non si riscontrano lesioni cardiache. Nella forma classica si ha un dolore substernale agonizzante con diffusione al braccio sinistro accompagnato da paura di morte imminente. Ma vi sono forme medie, meno drammatiche, certo più comuni di quel che si crede e che per lo più sono attribuite ad indigestione per il solo fatto che si verificano dopo i pasti.

I punti principali per stabilire la diagnosi sono i seguenti: *a*) il dolore non è precordiale ma substernale e quasi sempre irradiato, specie al braccio sinistro; *b*) il dolore non è puntorio, ma è opprimente, come un senso di peso, di pressione o di costrizione; *c*) si verifica sempre, almeno nella fase iniziale, a seguito di uno sforzo; *d*) quando al principio non è intenso tende ad aumentare persistendo nello sforzo; *e*) il dolore è di breve durata.

L'angina pectoris è un disordine grave e che si aggrava progressivamente; in media la morte si ha durante un attacco a distanza di cinque anni dall'inizio del male.

L'attacco nelle forme medie cede generalmente con il riposo del paziente, ma quando ciò non si ottiene bisogna ricorrere a vasodilatatori, al nitrito di amile ed alla nitroglicerina o trinitrina. Quest'ultima ha il vantaggio della facile somministrazione, di essere di più sicuro effetto e di non dare i disturbi che spesso dà il nitrito d'anile (vertigini, cefalea, palpitazione). Si adoperano tavolette contenenti mezzo decimillesimo di grammo di trinitrina. La tavoletta viene rapidamente masticata e tenuta in bocca, dove viene subito assorbita.

La cura preventiva è su per giù quella indicata per l'astenia neurocircolatoria, ma si insisterà sopra tutto nel regolare l'attività fisica. Il paziente deve evitare ogni sforzo e rimanere a letto ogni notte almeno otto ore, e almeno un'ora dopo i pasti. Quando gli attacchi sono gravi occorre un riposo a letto di almeno sei settimane, quindi il soggetto riprenderà lentamente le sue attività. I pasti devono essere poco abbondanti e di facile digestione. Spesso è necessario ottenere una graduale diminuzione di peso del paziente. Deve essere evitato ogni eccesso di lavoro fisico e mentale. Devono essere proibiti il the, il caffè, l'alcool ed il fumo. L'alveo deve essere mantenuto regolare con leggeri purganti.

I numerosi medicamenti che sogliono consigliarsi per la cura dell'angina pectoris (varie forme di nitriti, ioduri, teobromina, luminal ecc.) lasciano generalmente il tempo che trovano. I vantaggi loro attribuiti sono sicuramente da mettersi in conto del nuovo regime di vita osservato dal malato. Meglio di tutto è che egli abbia sempre a portata di mano le tavolette di nitroglicerina perchè possa servirsene al minimo accenno di ritorno dell'attacco.

La efficacia della cura chirurgica (simpatectomia cervicale. alcoolizzazione della 4ª e 5ª radice dorsale ecc.) non è stata ancora confermata da una larga esperienza.

3) Nell'infarto cardiaco il dolore è ancora più terribile di quello dell'angina pectoris, al quale rassomiglia per caratteri e irradiazione. Se ne distingue per i seguenti fatti: *a*) il dolore si verifica per lo più nello stato di riposo, anche durante il sonno; *b*) dura più a lungo, per lo più parecchie ore; *c*) è accompagnato da uno stato di shock; *d*) non è alleviato dai nitriti.

L'infarto cardiaco è per lo più causato dall'occlusione di una branca di una delle arterie coronarie, determinata dalla formazione di un trombo su una placca ateromatosa. Si ha così l'ischemia di una parte del miocardio, la quale causa il dolore.

La cura dell'infarto cardiaco si riassume in due parole: morfina e riposo. La morfina non solo allevia il dolore ma assicura anche il riposo. I nitriti sono inutili ed anche pericolosi.

L'infermo deve rimanere a letto almeno per sei o otto settimane in modo da assicurare la completa cicatrizzazione dell'infarto ed evitare così possibili complicazioni (rottura del cuore, produzione di emboli).

L'infarto cardiaco è spesso fatale. La morte può avvenire subito e anche dopo qualche giorno. Molti pazienti però guariscono al punto da riprendere le loro occupazioni. Ciò si può ottenere adottando fin dal primo momento la giusta terapia, ossia riconoscendo subito la natura del male. DR.

## DIVAGAZIONI

### La tensiofobia e la psicoterapia dell'iperteso.

I concetti più o meno errati sulla pressione sanguigna si sono talmente diffusi fra il volgo che ormai anche nelle classi più umili è il malato stesso od i familiari che chiedono al medico che si misuri la pressione anche se questi non ne vede affatto la necessità. E sulle cifre si vuole ragionare e discutere, dei valori alti il paziente si impressiona, aggravando così la sua condizione.

Molto opportunamente M. J. Barilari (*Rev. méd. latino-americana*, luglio 1934) richiama l'attenzione sull'argomento, ricordando il consiglio di Gallavardin, di non dare mai al malato la cifra della pressione, ma di esprimersi soltanto in termini generali; esso deve avere tanta fiducia nel medico, da affidarsi completamente a lui, senza esigere un corso di patologia o di determinazioni circolatorie. Il paziente, di fatto, non può comprendere che si può essere meno malati con pressione di 220 mm. di Hg che con 150-160, che gli abbassamenti possono costituire un segno di miglioramento, anche un indice di aggravamento.

Ogni individuo è un'unità somato-psichica, con le sue caratteristiche personali, le sue variazioni morfologiche, umorali, particolari del suo carattere, del suo temperamento, del suo modo di reagire agli stimoli. Avrà quindi la *sua* pressione e non dovrà pertanto eccessivamente preoccuparsi di cifre più o meno elevate. Tanto più che la stessa preoccupazione, lo stesso timore non fa che aggravare le condizioni mentre, d'altra parte, tale preoccupazione lavora nel subcosciente, determinando un vero stato di ansia, di fobia.

Un altro errore è quello di prendere come cifra normale la pressione di un uomo di 20 anni, dimenticando che ogni età ha la sua pressione e che il concetto di malattia non è lo stesso per tutti i casi. Si aggiunga anche il fatto che è tuttora discutibile se, fra ipertensione ed emorragia cerebrale esiste un legame fra causa ed effetto; sono noti, per esempio, gli studi sulla grave ripercussione che può avere la discesa brusca della pressione sulla circolazione cerebrale, sull'azione favorevole di un aumento della tensione arteriosa sugli accidenti di trombosi della silviana ateromatosa, mentre Worms ha riferito di un caso in cui l'emiplegia si aggravò in seguito ad un'abbondante emorragia.

Ma tutto questo non conta per il malato che è lieto se vede la pressione abbassarsi e si rattrista quando si innalza!

Ora, l'iperteso è un individuo anche ipersensibile. Sono noti i rapporti fra sistema vegetativo e psichismo ed è proprio in questo sistema che l'attività somatica e psichica marciano di conserva.

Ora gli stimoli psichici (« shock », goccia di acqua emozionale, timore, fobia, tensione psichica costante) agiscono sul sistema vegetativo ghiandolare, di cui lo squilibrio si ripercuote sul metabolismo.

Dal canto loro, le alterazioni del metabolismo sono capaci di modificare la pressione sanguigna, mentre poi le alterazioni di questa provocano modificazioni di tutti gli organi in rapporto con il sistema vegetativo, come conseguenza di un'eccitazione dei nervi presso-ricettori destinati a stabilire l'autocontrollo riflesso della circolazione.

E' quindi consigliabile di non dare al paziente le cifre isolate della pressione, che possono costituire un germe di timore e di fobia (tensofobia), considerando invece, per la diagnosi e la terapia, la curva della pressione, da mostrare eventualmente al paziente come un elemento psicoterapeutico.

È anche necessario fare una buona psico-

anamnesi, studiando bene lo psichismo dell'iperteso, il suo temperamento e la sua situazione psichica. Nel trattamento generale, poi, la psicoterapia deve tenere una parte importante, specialmente nel senso di autoinibizione, suggestione, persuasione, in modo da suscitare la fede terapeutica e ridare alla mente del malato la tranquillità indispensabile. Di grande importanza sono gli esercizi fisici molto blandi e sopratutto il ritmo respiratorio. In qualche caso, può riuscire bene l'ipnotismo, che però deve essere fatto da uno psicoterapeuta sperimentato. *fil.*

## CENNI BIBLIOGRAFICI

*Il Nuovo Testo Unico delle leggi sanitarie.* Note e Commento di A. CARAPELLE e A. JANNITTI-PIROMALLO. Ed. Pozzi, Roma, via Sistina, 14. Prezzo L. 45.

« Si tratta di uno studio, non vasto e inutilmente pomposo, delle varie disposizioni di legge; ma sobrio, accurato; tale da poter dare una direttiva sicura per la interpretazione di esse ». Così gli AA. presentano il risultato del loro lavoro: c'è forse troppa modestia in questo avvertimento; ma c'è anche verità, perchè le qualità prevalenti del loro commento sono la chiarezza dei concetti e la semplicità della forma.

Con questi mezzi gli AA., evitando costruzioni teoriche e ampie trattazioni che avrebbero esorbitato dai limiti di un commento, hanno raggiunto anche lo scopo della organicità. Questo risultato non era facile.

Note, richiami di norme, precedenti o in vigore, e di decisioni, delucidazioni, coordinamenti logici, osservazioni sagge e spesso acute, sono sempre dominati da principii e criteri direttivi, sia pure non espressi. Soltanto il giurista che ha particolare conoscenza della materia può spiegare con semplicità e coordinare organicamente norme varie, talvolta non armoniche, istituti affini ma diversi.

L'on. Carapelle, Consigliere di Stato, troppo noto perchè debba essere presentato da un amico che molto ne apprezza le qualità di giurista, la saggezza e l'acume, e il prof. Jannitti-Piromallo, Consigliere di Cassazione, anch'egli largamente stimato per la sua attività di magistrato e di docente e per la sua coltura, erano particolarmente indicati a questo lavoro.

Il solerte e intelligente editore Pozzi, che ha anche buon intuito nella scelta, ha visto bene. Ha fatto sollecitamente una elegante edizione, di oltre 700 pagine, ed ha offerto, specialmente ai pratici, una guida chiara, un mezzo di orientamento sicuro. È il primo commento organico; ed è necessario ed utile anche perchè il nuovo Testo Unico, da molti punti di vista assai bene elaborato, in alcuni capi presenta non lievi difficoltà di interpetrazione e di applicazione, le quali danno da pensare anche a giuristi espertissimi. GIOVANNI SELVAGGI.

R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. *L'Immunité par mécanisme physico-chimique.* Un vol. in-8°, di pag. 73, con 2 tav. Masson et C.ie, Paris. Prezzo 18 fr.

L'A. espone in questo libro il risultato delle ricerche compiute allo scopo di stabilire l'esistenza ed il valore di un'immunità per meccanismo fisico-chimico. Studia anzitutto certe azioni fisiche e chimiche sulla cellula (azione dei raggi ultravioletti, rapporto sul potere antisettico di alcuni corpi ed il grado della loro dissociazione elettrolitica).

Precisa in seguito i rapporti esistenti fra alcuni fenomeni fisici (flocculazione dei sieri) ed alcune modificazioni umorali. Si segue così la curva di flocculazione in sieri di cavalli in via di immunizzazione e si osservano nette differenze fra i diversi cavalli per quanto riguarda la rapidità di flocculazione.

Da ultimo, troviamo trattato l'adsorbimento ed il trasporto da parte dei globuli rossi delle tossine, delle anatossine e di certi medicamenti, come i sali di mercurio, il bismuto, il salvarsan.

La chimica fisica è forse oggi l'unica scienza che ci permette di gettare qualche luce sull'oscuro fenomeno dell'immunità. *fil.*

G. PAISSEAU. *Hygiène et alimentation du nourrisson.* Vol. di pagg. 90. Ed. G. Doin et C. Paris, 1934. Fr. 12.

In questo piccolo libro, che fa parte della collezione « Hygiène et Diététique », l'A. ha voluto raccogliere, in forma piana e piacevole, gli elementi in base a cui si giudica e si controlla lo sviluppo del bambino, e se ne regola l'alimentazione fino allo svezzamento e si pratica la profilassi contro le malattie più comuni.

È un libro veramente utile che, per la sua pratica e per la facilità dell'esposizione, può andare nelle mani tanto del medico quanto di una mamma, e merita perciò il miglior successo. V. SERRA.

M. KAATZ. *Medizinische Wörterbuch. English-Deutsch.* IV$^a$ ed. rielaborata da A. Springer. F. Deuticke, Leipzig e Wien, 1934.

Piccolo, ma buon dizionario inglese-tedesco, che comprende non soltanto i vocaboli tecnici della medicina, ma anche quelli che in qualche modo possono avervi attinenza, ivi compresi anche i verbi Qua e là qualche inesattezza come p. es., *idiopathy*, che non corrisponde nè ad *örtliche Krankheit*, nè a *besondere Vorliebe;* o *Ichor* per cui se è adatta la traduzione con *Jauche* non lo è altrettanto quella in *Lymphe*.

Il libro può essere comodo anche per il medico italiano che abbia una certa conoscenza delle due lingue. Spesso, leggendo, si incontrano delle difficoltà per trovare la giusta espressione corrispondente ed il vedere come la difficoltà è stata girata in un'altra lingua, può dare delle utili indicazioni.

*fil.*

# I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

## XL Congressso della Società Italiana di Medicina Interna.

Ore 15 - 17 ottobre 1934.

Presidenza: Prof. C. FRUGONI.

(*Continuazione; v. num. prec.*).

### Discussione della Relazione.

E. MARAGLIANO (Genova). — Si congratula anzitutto vivamente con i Relatori per la messa a punto della vaccinoterapia dal punto di vista clinico. I Relatori hanno ben precisato i vantaggi che si possono trarre dalla vaccinoterapia: positivo e affermativo è il giudizio nelle brucellosi, dubbio e limitato nella infezione tifoidea. A proposito di questa desidera che i medici pratici prendano buona nota di quanto hanno detto i Relatori e cioè che la vaccinoterapia può essere applicabile solo nei casi misti e nel primo manifestarsi del morbo, mentre riesce inutile e dannosa nei periodi avanzati e nelle forme gravi dannosa, lo si ricordi bene. Circa la vaccinoterapia aspecifica in verità per il modo di agire, per la sua rapidità, per la sua fenomenologia, non mostra di avere proprietà nè immunizzanti nè antitossiche. Ma sopratutto dalle relazioni si apprende come la via d'introduzione di questi vaccini nell'organismo è quella endovenosa, ossia la via che Guido Baccelli, quando ancora si aveva orrore di aggredire le vene, egli per primo le aprì alla pratica medica.

Invita quindi i colleghi a raccogliersi per un minuto e consacrarlo nell'intimo alla memoria di questo grande Italiano.

L. FERRANNINI (Bari). — Insiste sull'utilità della vaccinoterapia precoce nel tifo. Circa la febbre melitense nota con piacere che Ferrata ha fatto giustizia dell'incredibile 100 % di guarigione; spesso se ne hanno buoni risultati ma bisogna tener conto che la scomparsa della febbre talvolta è temporanea e ciò non giustifica la presunzione di guarigione e che spesso le reazioni immunitarie non corrispondono con gli effetti apparenti della cura.

A. CANTANI (Napoli). — Rileva come le osservazioni fatte nelle Relazioni dei proff. Boeri e Ferrata rappresentino fra l'altro una base alle ricerche che Egli da anni ha eseguito per cui si permette di farne un riassunto facendo notare che per una opportuna cura vaccinica uno dei capisaldi è la preparazione del vaccino.

F. MAGRASSI (Roma). — L'O. riferisce su alcuni esperimenti da lui eseguiti negli animali, i cui risultati, oltre a portare una nuova conferma dell'importanza fondamentale che l'elemento cellulare ha nella difesa dell'organismo immune contro l'infezione, del tutto indipendentemente dall'azione degli anticorpi presenti sugli umori, costituiscono un'altra prova, che unita alle molte precedenti ricordate dai Relatori, contribuisce a diminuire di molto nel tifo l'importanza, quando anche se ne ammetta l'esistenza, di una immunità locale intestinale, intesa nel senso di Besredka.

E. CENTANNI (Bologna). — L'O. dopo aver fatto i più ampî elogi ai Relatori per la bella e completa relazione, svolge una sua interessante comunicazione sul « Pirogene ed il risolvente ».

M. LANDOLFI (Napoli). — Fa brevi osservazioni sull'autovaccinoterapia, vaccinoterapia, mono- e polivalente, stomosinterapia, proteinterapia, sieroterapia, ascesso da fissazione, immuntrasfusione, autosieroterapia, autoemoterapia, ecc., al vaglio della pratica, nelle malattie infettive. Non si può indicare una regola generale nell'uso di siffatti metodi terapeutici, imperocchè a seconda delle forme morbose varia il trattamento. Ed anche nella stessa forma morbosa vige la legge del caso per caso, quando non occorra l'evenienza di adoperarne due o più di tali cure. Così per es. delle febbricole melitensi, ribelli ad ogni cura, il vaccino antimelitense compreso, possono essere dominate dall'immuntrasfusione, che sarebbe eccessivo applicarla all'inizio di ogni infezione da micrococco Brucei. L'O. insiste sulla necessità di adoperare l'ascesso da fissazione molto più frequentemente di quanto attualmente si fa, giacchè specie nelle forme febbricolari prolungate ha dato a lui risultati soddisfacenti assai. All'inizio di ogni malattia infettiva, là dove è stata possibile applicarla, a paragone di ogni altro metodo, l'autovaccinoterapia ha dato all'O. risultati felicissimi.

M. ASCOLI (Palermo). — Si compiace col prof. Ferrata per la simpatica e armonica affermazione di scuola, ed ugualmente col prof. Boeri. È lieto di dichiarare che sottoscrive le conclusioni del prof. Ferrata, sia quelle positive che quelle negative. Gli è caro qui inviare un mesto pensiero alla memoria del prof. Fagiuoli che pel primo in Italia si è occupato della terapia vaccinica endovenosa della febbre tifoide ed al quale risale la teoria desensibilizzatrice dell'azione vaccinica alla quale ha accennato il prof. Ferrata.

Se per quanto riguarda la febbre tifoide nei riguardi dell'applicazione pratica il giudizio deve essere alquanto riservato, per la febbre mediterranea la metodica sviluppata dalla scuola Ferrata rappresenta un reale progresso in quanto consente di sfruttare al *maximum* i vantaggi della vaccinoterapia evitando possibili danni.

Quanto al meccanismo di azione sul quale i Relatori si sono giustamente mostrati tanto riservati pensa che la dottrina dell'anacoresi di Alberto Ascoli offre modo di concepire e interpretare in modo soddisfacente alcuni aspetti del problema. La vaccinoterapia come la terapia aspecifica possono considerarsi siccome la concorrenza fra due o più focolai anacoretici l'uno creato dalla malattia, l'altro istituito da noi a scopo terapeutico; tanto l'uno quanto l'altro operano coi loro attributi di fissazione e di smaltimento del materiale eterogeneo: il focolaio da noi istituito con la iniezione vaccinale o aspecifica attrae dal focolaio morboso germi e veleni e li neutralizza; e per converso la sostanza iniettata dal focolaio morboso lo attiva esaltando le sue proprietà difensive verso i germi patogeni.

Ciò premesso allo stesso modo che i vaccini con-

tengono, come è pacifico, una componente aspecifica, i farmaci aspecifici per la elaborazione che compiono del materiale attirato dal focolaio morboso contengono una quota specifica vaccinale e meglio ancora autovaccinale.

In altra luce viene a presentarsi considerato sotto questo angolo visuale il problema della via di somministrazione e vien fatto di chiedersi se l'azione esplicata per via venosa vada attribuita alla specificità del materiale impiegato o non piuttosto alla via stessa di somministrazione. Così per il tifo si è visto a suo tempo che risultati uguali si ottenevano con l'iniezione di vaccini specifici, di vaccini qualsiasi o di altre sostanze, per es. albumose ecc.

Variando la via di somministrazione sta in noi di spostare l'arena dove la battaglia si svolge preferendo ad es. la via sottocutanea nelle forme più gravi al fine di potenziare la derivazione limitando al minimo l'attivazione del focolaio morboso, quella venosa quando si voglia ottenere una stimolazione massimale dei poteri di difesa nel focolaio morboso.

Comunque pensa che la dottrina anacoretica offra punti di attacco per un'analisi più precisa ed uno studio sperimentale della vaccinoterapia e della terapia aspecifica.

F. MICHELI (Torino). — Essendo stato chiamato a varie riprese e molto cortesemente in causa dagli illustri Relatori, l'O. dichiara che non può esimersi dal prendere brevemente la parola, limitandosi a toccare solo alcuni punti delle molteplici questioni trattate sulle quali è stato chiesto il suo parere o che sono state oggetto di ricerche personali.

A proposito della sua frase di alcuni anni or sono, ricordata da Ferrata, l'O. conviene che allora era alquanto scettico, mentre ora le metodiche ricerche della scuola di Ferrata e di Di Guglielmo sugli effetti delle iniezioni endovenose di dosi opportunamente crescenti di vaccino specifico hanno senza alcun dubbio portato un prezioso contributo al trattamento dell'infezione melitense perchè i successi che si ottengono con questo metodo in un'alta percentuale di casi sono di gran lunga superiori a quelli raccolti per il passato. Il collega Ferrata ha chiesto il parere dell'O. sul meccanismo d'azione di queste forme di terapia, ma dare una risposta esauriente è difficile. L'O. ritiene tuttavia che se in questo trattamento c'è una componente specifica, l'effetto delle iniezioni endovenose di vaccino specifico è legato essenzialmente al complesso delle azioni, certo in parte non ben precisabili finora, che la terapia aspecifica esercita nell'organismo: azione dissensibilizzante, azione stimolante sul midollo osseo e in genere sui vari meccanismi di difesa, azione sul focolaio o i focolai morbosi. A tale proposito ricorda infatti i risultati da lui ottenuti, fin dal 1916-18, quando insieme al collega Quarelli, intraprese una serie di ricerche comparative sugli effetti delle iniezioni endovenose di tifo e di colera in ammalati di tifo, con risultati fondamentali soprapponibili: caduta brusca della temperatura, ma permanenza della splenomegalia, eventuale comparsa di roseola, quasi fosse asportata la componente piretogena della malattia.

D'altra parte è nozione corrente che per lo meno allo stato delle cose l'azione curativa del vaccino non si può scindere dalla sua azione di focolaio e generale.

È sperabile che i tentativi di Centanni di scindere l'azione risolvente da quella pirogena riescano, ma per ora noi non possiamo separare le varie azioni legate ai vari prodotti della disintegrazione delle proteine batteriche, che siamo obbligati ad inoculare in toto nell'organismo sperando che « Dio sceglierà i suoi ».

Ha la convinzione però che questi metodi di cura sieno in genere sforniti o quasi di utilità nelle malattie infettive acute setticemiche, tifo compreso, per quanto qui qualche risultato si possa ottenere sia col trattamento precoce, sia e forse col trattamento tardivo (ma su ciò egli non conviene) in forme in cui la febbre si protrae a lungo. La linea di condotta dell'O. in definitiva è la seguente: se il germe specifico si conosce, ritiene preferibile l'uso del vaccino specifico, dappoichè nel vaccino specifico c'è anche la componente aspecifica che ha azione prevalente agli effetti terapeutici. In alcuni casi come nel tifo, a causa dell'alta tossicità delle endotossine tifiche e dello scarso margine che esiste tra dose stimolante e dose tossica, si può fare eccezione a questa norma. Quando il germe non è conosciuto, si farà vaccinoterapia aspecifica o proteinoterapia aspecifica.

Quanto a quel gruppo di germi che nell'ambito della stessa specie (strep. staf.) comprendono svariate varietà biologiche, è forse meglio ricorrere quando si può all'auto-vaccino. In casi di scarsa reazione il potenziamento dell'effetto terapeutico si può ottenere con l'associazione di mezzi aspecifici a quello specifico, e nel modo più semplice aspirando contemporaneamente il vaccino a qualche cmc. di latte o di caseal calcico, come l'O. usa fare da tempo nella sua Clinica.

G. IZAR (Messina). — L'O. si sofferma solamente a parlare della terapia vaccinica del tifo e dell'infezione melitense dimostrando come nel primo caso la vaccinazione possa dare speranza di risultati solo se eseguita nel primissimo stadio della infezione, quando le lesioni anatomiche non siano affermate e nel secondo caso, se in un buon numero di malati il trattamento riesce favorevole, vi sono pure non pochi casi — e non individuabili preventivamente — nei quali la terapia vaccinica endovenosa, non influenza il decorso dell'infezione. In ogni caso va tenuto presente che la caduta della febbre non dimostra nè afferma la scomparsa dell'infezione.

R. FRANZA (Napoli). — L'O. riferisce i risultati ottenuti dal giugno 1933 ad ora su 530 infermi di infezione tifoidea, sottoposti sia a terapia aspecifica che specifica. Egli può affermare che la terapia aspecifica a mezzo di sostanze proteiche varie riesce quasi sempre inefficace nel periodo di incremento, assai raramente riesce a troncare l'infezione nel periodo di stato, mentre i suoi effetti si dimostrano meglio efficaci nel periodo anfibolico e tardivo. I metalli colloidali si dimostrano del tutto inefficaci.

La vaccinoterapia aspecifica per via endomuscolare dà risultati che molto si avvicinano a quelli ottenuti con la proteino- e la stomosinoterapia: questi risultati si modificano nettamente quando i vaccini vengono inoculati nelle vene.

E. VON KÖHLER (Ginevra). — Di fronte a relatori di tal valore scientifico domanda gli sia permesso avanti tutto di significare al Congresso gli omaggi dei colleghi di Ginevra.

Afferma che 15 anni di esperienza personale di chock-terapia lo autorizzano a distinguere la vaccinoterapia, dalla proteino- e dalla piretoterapia. Le prime due possono o no essere accompagnate da elevazione termica. Secondo la malattia, e più specialmente secondo la loro etiologia si sceglie la specifica o l'aspecifica che bene adoperate da un medico esperimentato con prodotti di sicura fabbricazione non possono dare inconvenienti all'ammalato nè tanto meno mettere la vita in pericolo.

La scelta in generale della vaccinoterapia specifica riguarda i casi ad etiologia microbica ben definita dal laboratorio, la vaccinoterapia aspecifica riguarda i casi a etiologia oscura con carattere chiaramente infettivo (Reumatismo), in caso di ipo- o ipersensibilità dell'organismo di fronte a certe influenze sconosciute, tossiche.

Senza entrare in dettagli, desidera tuttavia richiamare l'attenzione sull'impiego della Tubercolina vecchia di Koch, la quale secondo le esperienze di Selters e sue personali non ha valore specifico. Essa agisce niente altro che come una peptoalbumina modificata dalla presenza della esotossina tubercolare, la quale viene a trasformare la sua struttura acido aminica.

Secondo le esperienze di Gudernatsch di New-York e di Pincherle in Italia controllate da oltre 3 anni nel laboratorio dell'O. di Ginevra insieme al prof. Bujard, risulta chiara l'influenza di alcuni gruppi acido-aminici sullo sviluppo e la metamorfosi del girino di rana.

In generale tutte le albumine animali, persone e polipeptidi compresi, contengono differenti gruppi acido-aminici, che secondo il concetto di Florence e Enselme rappresentano l'origine della costituzione dei differenti ormoni.

Al primo gruppo appartengono gli acidi aminici semplici, come per esempio le glicine, le alamine, le leucine, che sono sperimentalmente insufficienti alla stimolazione dell'accrescimento e metamorfosi del girino.

Al secondo gruppo appartengono gli acidi aminici di formula più complicata come le argonine, le lisine e le cistine. La loro presenza agevola l'accrescimento cellulare ma non la metamorfosi del girino.

Al terzo gruppo appartengono gli acidi aminici aromatici, le fenilalanine, le tirossine e i triptofani, che esclusivamente favoriscono la metamorfosi senza agire sull'accrescimento cellulare e hanno quindi azione elettiva su determinati gruppi cellulari stimolandone la differenziazione. È noto d'altra parte che si può estrarre il 50 % di proteine dalle esotossine del bacino tubercolare, e che fra gli acidi aminici costituenti tali proteine si trovano sopratutto delle fenilalanine.

Si dimostra sperimentalmente che i triptofani agiscono specialmente come stimolo per la formazione delle emazie normali come i differenti estratti epatici. Analogamente le fenilalanine possono conferire alla cellula vulnerata dalla infezione un potere difensivo, punto di partenza per il processo di guarigione.

In conclusione, nei casi in cui la vaccinoterapia specifica sembra insufficiente in infezioni ad etiologia nota, una azione sinergica sia con tubercolina, sia con acidi-aminici aromatici potrà dare un'attivazione più spiccata. Quando però lo stato infettivo abbia raggiunto un certo limite, anche tale terapia può rimanere inefficace. Dobbiamo allora ricorrere ad altri mezzi quali le onde corte e l'elettro-piressia, la cui azione è ormai ben nota, tutt'altro che trascurabile.

Si deve infine ricordare la possibilità di una azione spontanea vaccinante, dimostrata dalla esistenza di portatori sani di bacillo del tifo, colera, ecc. determinata dall'esistenza di acidi aminici aromatici messi in libertà dall'agente patogeno stesso.

S. La Franca (Palermo). — Ricorda che a Palermo e nelle provincie vicine la vaccinoterapia è molto diffusa fin da quando Di Cristina, Caronia, Jemma ne affermarono con i fatti la grande utilità. Per quanto riguarda la vaccinoterapia nella febbre ondulante i risultati, secondo l'O. non sono stati invero molto costanti, inquanto che se la via endovenosa spesso risponde, tuttavia vi sono forme resistenti che invece svaniscono col brusco cambiamento di soggiorno, tal'altre in cui occorre contemporaneamente l'uso dell'autovaccino.

Se la tecnica seguita dal Ferrata da costanza di effetti del sistema curativo si è fatto un passo avanti.

Per quanto riguarda l'infezione tifica e paratifica l'O. ritiene che la vaccinoterapia debba riguardarsi come la cura di elezione: la via endomuscolare spesso risponde bene, ma quella endovenosa dà risultati più sicuri e più pronti. Disgraziatamente la crisi di risoluzione che consegue anche alla prima iniezione è accompagnata da tali fenomeni apparentemente gravi da destare allarme, ma nessun caso di morte è stato mai registrato. Naturalmente vi sono delle controindicazioni da tenere presenti.

È ormai assiomatico però che il trattamento deve essere precoce; ed infatti può dirsi che, dopo un certo tempo, l'uso riesce incerto o inutile o anche dannoso perchè è appunto dopo la seconda settimana che bisogna temere le emorragie intestinali come effetto di grave reazione di focolaio.

D. Cesa Bianchi (Milano). — Si limita a toccare due punti della questione della vaccinoterapia: il meccanismo d'azione e l'applicazione pratica.

È d'accordo con il prof. Micheli che pur considerando il meccanismo della vaccinoterapia aspecifica lo ritiene associato ad un componente specifico: ritiene anzi di andare più oltre affermando che la vaccinoterapia agisce essenzialmente in senso aspecifico, pur non potendosi negare in pratica un certo valore anche alla sua specificità, nel senso che essa viene forse a potenziare i risultati favorevoli della vaccinoterapia, che resta però sempre fondamentalmente aspecifica. Condizione difatti *sine qua non* perchè si determini il risultato benefico è la comparsa di una crisi generale da parte dell'organismo, di cui la febbre rappresenta il fenomeno dominante e che nelle sue manifestazioni si identifica con la classica crisi colloidoclasica o emoclasica da introduzione rapida parenterica di proteina aspecifica.

Il prof. Centanni ha detto che l'ideale sarebbe di avere un prodotto in cui sia diversa l'azione risolvente dall'azione pirogena e l'O. si augura che presto ci si arrivi. Personalmente ha provato in questi ultimi tempi un vaccino pneumococcico ed un vaccino tifico, preparati secondo le direttive di Centanni, ma purtroppo i risultati sono stati negativi. Nei riguardi delle altre infezioni, la vaccinoterapia ha grande efficacia nelle manifestazioni profonde e tardive della infezione gonococ-

cica; efficacia più dubbia nelle infezioni da b. coli, efficacia limitata nelle infezioni da piogeni modeste. Circa il tifo e paratifo è d'accordo con Ferrata nel dichiarare risultati entusiasmanti a volte, deprimenti tal'altra.

Per quanto riguarda l'infezione melitense l'O. dichiara che personalmente la sua esperienza è limitata. Ricorda tuttavia che circa 20 anni fa ebbe occasione di usare in un certo numero di casi di infezione melitense la vaccinoterapia endovenosa ottenendo in tutti risultati veramente brillanti e definitivi, mentre alcuni anni or sono la stessa vaccinoterapia endovenosa in casi di infezione di laboratorio, gli ha dato risultati pressochè nulli. A tali casi limitati e riferentisi ad infezioni di laboratorio, notoriamente assai più gravi e con caratteristiche proprie, non si può attribuire grande importanza di fronte alle centinaia di casi con risultati così favorevoli, riferiti da Ferrata e Di Guglielmo, pur tuttavia essi però ci obbligano a qualche riserva.

L'O. conclude ritenendo quindi che forse le conclusioni riassunte dal relatore debbano essere un po' attenuate.

R. JEMMA (Napoli). — Contrariamente all'affermazione del prof. Giuffrè egli continua ad usare e con gran successo il vaccino lisizzato nelle infezioni tifoide, paratifoide e melitense. Ricorda come la via endovenosa fu usata nella sua clinica, per la melitense, fin dal 1916, come si può constatare leggendo la « Pediatria »: dal prof. Caronia, allora suo aiuto, e dopo fu usata anche a Palermo nella clinica di Cristina. Una relazione molto documentata sulla vaccinoterapia fu fatta nel Congresso di Pediatria, tenuto a Trieste nel 1920, dai proff. Di Cristina e Caronia.

Egli è lieto di constatare che oggi valorosi clinici generali confermano quanto i pediatri hanno detto circa 20 anni fa sull'uso dei vaccini. Secondo lui la vaccinoterapia risponde molto meglio nei bambini che negli adulti: egli quindi consiglia ai medici pratici di ricorrere sempre alla vaccinoterapia specifica nelle infezioni tifoide e melitense, perchè per la sua esperienza di 20 anni è convinto che nessun altro mezzo terapeutico può uguagliare la vaccinoterapia.

C. FRUGONI (Roma). — Rivolge a nome dell'assemblea fervide parole di caldo consenso e di plauso ai due Relatori. Esprime il profondo compiacimento per la profondità e complessità dei problemi affrontati e in parte risolti, rilevando da un lato la estrema difficoltà del problema scientifico del meccanismo di azione ancora quasi completamente oscuro e dall'altro che — ciò non ostante — si è venuti per la febbre ondulante ad esempio ad una applicazione pratica terapeutica diretta per merito dei cospicui contributi di scuole italiane. Conviene nell'ammissione generica dell'utilità della vaccinoterapia nella febbre ondulante purchè praticata per via endovenosa e con determinate modalità, ma afferma che anche con questa pratica terapeutica si possono avere (e il prof. Ferrata pure ne avvertiva) degli insuccessi, e questi in ispecie nelle forme ad impronta violentemente setticemica con grandi brividi e alte temperature alle quali l'O. ha veduto anche la vaccinoterapia endovenosa rimanere talora inefficace per quanto riguarda influenza sulla durata del morbo.

E ricorda qualche intolleranza, per es. un paziente di febbre ondulante con nefrite e sindrome emorragica nel quale ad ogni introduzione di vaccino si aveva ora epistassi, ora ematuria; sospesa la vaccinazione e ripresa dopo 36 giorni, dopo due iniezioni leggerissime ben tollerate, alla terza di nuovo ebbe intensa ematuria e tutto ciò o per azione elettivamente tossica o per sensibilizzazione viscerale, cosa possibile certo se si pensa alla reattività degli ammalati di febbre ondulante alla melitina e alla abortina.

*(Continua)*. A. POZZI.

## XLI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Ore 15,30 - 17 ottobre 1934.

Presidenza: Prof. R. ALESSANDRI.

*(Continuazione; v. num. prec.)*.

### Comunicazioni inerenti al tema di Relazione.

SEVERI A. (Perugia). — *Ricerche sulle modificazioni del ricambio idrico in seguito ad estese resezioni del tenue e del colon.* — L'O. ha eseguito ricerche sperimentali nel cane sulle modificazioni del ricambio idrico in seguito ad estese resezioni del tenue e del colon e ne trae le seguenti conclusioni:

1) La resezione di una metà del tenue non arreca nel cane alcuna modificazione nell'assorbimento dell'acqua;

2) La resezione circa di tre quarti del tenue provoca temporaneamente nel cane un ritardo dell'assorbimento dell'acqua che dura circa due mesi e viene poi a scomparire;

3) Una resezione ampia del colon comprendente il cieco, l'ascendente, il trasverso ed il discendente sino al sigma provoca temporaneamente nel cane un ritardo ed una diminuzione dell'assorbimento dell'acqua che viene a scomparire dopo circa tre mesi.

TARANTINO C. (Perugia). — *Ricerche sull'occlusione sperimentale del colon.* — Nelle occlusioni sperimentali del colon si determinano nette insufficienze funzionali epatiche, pancreatiche e renali per ciò che riguarda il ricambio proteico, delle sostanze idro-carbonate e si osserva netta tendenza del pH verso l'acidosi. Il metabolismo delle sostanze lipoidee non subisce modificazioni notevoli. Il ricambio del ferro anche negli stadi più tardivi si mantiene sopra un equilibrio più o meno stabile. I risultati che si riferiscono alla secrezione esterna del pancreas non sono tali da fare ammettere una insufficienza grave e costante della ghiandola in questo senso.

Le modificazioni funzionali osservate nelle occlusioni sperimentali del colon trovano la loro conferma nelle alterazioni istologiche riscontrate a carico del fegato, del rene e del pancreas.

RABBONI F. (Palermo). — *La curva aminoacidemica dopo resezione del colon.* — L'O. in ricerche sperimentali, studiando l'andamento del tasso e della curva aminoacidemica in seguito a resezione totale del colon, ha riscontrato un aumento del tasso aminoacidemico e delle alterazioni a carico della curva aminoacidemica, le cui intensità decrescono a distanza di circa un mese dall'inter-

vento, per raggiungere, in seguito, i valori iniziali.

L'O. interpreta le suddette alterazioni quali indice di una alterata funzione dominante della cellula epatica, non grave e del tutto transitoria; nozione questa che mentre deve essere sempre tenuta presente dal chirurgo che si appresta ad eseguire interventi mutilanti sul colon, tuttavia deve fargli ritenere tali interventi ben tollerati e quindi applicabili nei casi che ne presentino l'indicazione.

Salici L. (Genova). — *Ricerche sperimentali sul comportamento del ricambio dopo l'esclusione totale del colon.* — Diminuisce la calcemia, aumenta la fosforemia, la colesterinemia, la glicemia, l'azotemia.

Patania A. (Palermo). — *La eliminazione del ferro nella colectomia totale.* — L'O. ha istituito ricerche sperimentali allo scopo di indagare se le modificazioni volumetriche e morfologiche che si osservano nel segmento terminale dell'ileo anastomizzato al colon dopo colectomia, siano l'espressione di un adattamento funzionale che subisce il tenue.

Studiando la eliminazione del ferro dopo estese resezioni del colon ha riscontrato un aumento della quantità di ferro eliminata per via urinaria, e una diminuzione di quella eliminata per via intestinale. Ritiene che questo particolare comportamento si possa spiegare ammettendo che il rene nei primi mesi dalla colectomia supplisca più facilmente dell'intestino tenue alla funzione di eliminazione del ferro.

Rallo A. (Gaeta). — L'O. sostenitore dell'intervento sistematico nelle appendiciti acute, si occupa diffusamente delle forme basilari dell'infiammazione appendicolare e delle brecce che l'appendice distaccandosi determina nella parete del cieco.

In tali casi egli opina che spesso la sutura non tiene e rilasciandosi determina quelle gravissime complicazioni che non occorre illustrare. Egli pratica in tali casi, e propone di praticare sistematicamente, una sutura di avvicinamento con punti di catgut della breccia suturata del cieco alla breccia laparotomica; caso in cui la sutura intestinale non tenga, la breccia riapertasi trovasi in prossimità della ferita e quindi l'addome non viene inquinato.

Parlando poi delle fistole stercoracee consecutive ad ascessi appendicolari egli è del parere che non si debba mai essere corrivi nell'intervento giacchè queste fistole, a differenza di quelle di altra natura, tendono a guarigione spontaneamente e con rapidità relativamente confortante.

Sostegni A. (Milano). — *Contributo alla chirurgia del colon - (invaginazioni ileo-cecocoliche e del sigma iliaco nell'adulto).* — L'O. comunica i risultati di tre casi di invaginazioni ileo-cecali nell'adulto trattate col metodo della resezione in tempo unico o in più tempi. Dopo avere riferito i risultati (due guarigioni e un decesso) l'O. si dichiara propenso ad applicare la resezione in più tempi, avuto riguardo della contemporanea affezione peritoneale.

Bastianelli P. (S. Giovanni Valdarno). — *Contributo di chirurgia del colon.* — Riporta 36 casi di chirurgia del colon e 140 di ciecoplicatio in operati di appendicite cronica con ptosi ciecale e dilatazione.

Greco F. (Firenze). — *Plastica del colon per inversione.* — L'O. riferisce di avere potuto realizzare nel cane una nuova plastica del colon per inversione; ne dimostra la utilità, le indicazioni e i vantaggi, in confronto delle altre operazioni.

Stoccada F. (Suzzara). — *Distopie del colon prossimale corrette col metodo Donati.* — L'O. riferisce su altri tre casi di inversione del colon prossimale operati e guariti. Mostra i radiogrammi fatti prima e dopo l'intervento. Insiste sulla importanza della diagnosi preoperatoria che può essere fatta solo dal radiologo e sulla opportunità di correggere l'anomalia di posizione appena riconosciuta asportando anche l'appendice.

Slaviero A. (Vicenza). — *L'invaginazione primitiva di una haustra cecale.* — L'O. illustra 4 casi di invaginazione primitiva di una haustra cecale, di cui uno, a sintomatologia subacuta, con introflessione limitata della parete laterale del ceco, gli altri 3, a sintomatologia acuta, con un'invaginazione più progredita. Fa uno studio sintetico sul quadro anatomo-patologico, sulla sintomatologia e sulla patogenesi a proposito della quale fa risaltare come l'invaginazione sia esclusiva di una delle prime tre haustre laterali del ceco cioè di quelle poste di fronte alla valvola di Bauhino. Dimostrata l'individualità e la frequenza dell'affezione ne traccia la condotta terapeutica.

Lusena G. (Genova). — *Interposizione epato-diaframmatica del colon trasverso.* — L'O. nota che, se, nella grande maggioranza dei casi studiati specialmente dai radiologi, l'interposizione rappresenta un semplice reperto anatomico privo di corrispondente sintomatologia, esistono casi, in cui un quadro morboso si impernia su quel reperto.

Le osservazioni cliniche permettono di considerare due gruppi sintomatologici: in uno prevalgono i sintomi della stenosi o della occlusione del colon, nell'altro quelli della compressione piloro-duodenale con crisi dolorose, con ristagno gastrico e spesso colla presenza di sangue nel vomito e nelle feci. In questi casi fu frequente l'errore diagnostico di ulcera con stenosi.

Le osservazioni radio-anatomiche inducono a considerare un'interposizione *fissa* o *irriducibile* ed una *libera* o *riducibile*. Quest'ultima presenta maggior interesse clinico, perchè la sintomatologia colica e gastro-duodenale è spesso transitoria, compresi i reperti di ristagno gastrico.

In un caso personale due distinti radiologi esaminarono un paziente a distanza di una settimana e mentre il primo constatò un completo ristagno del bario dopo 12 ore e diagnosticò una stenosi pilorica di alto grado, il secondo trovò perfettamente normale la funzione motoria gastro-duodenale. In questo caso l'improvvisa comparsa di un'occlusione del trasverso, con rapido aggravamento delle condizioni locali e generali, richiese d'urgenza la colostomia sull'ascendente. La conservazione dello stoma, vera valvola di sicurezza, impedì successive crisi e permise al colon di liberarsi e di mantenersi nella normale sua sede. Quando si possa praticare un intervento d'elezione, è più logico operare sul fegato, praticando un'estesa epatopessia, che impedisca l'interposi-

zione, che sul colon coll'intento di limitarne i movimenti.

POTOTSCHNIG G. (Vicenza). — *Contributi clinici alla chirurgia del colon.* — È contrario alle estese plastiche delle neomembrane pericoliche, quando non esistano gravi stenosi da posizione. Nei casi di anomala fissazione dell'ansa ileociecale conviene procedere secondo DONATI (3 casi). Nella stitichezza abituale l'intervento chirurgico è solo eccezionalmente indicato; esso ha da consistere allora nella tipica emicolonectomia destra (2 casi).

Traccia brevemente il quadro clinico ed anatomo-patologico delle ileotifliti croniche iperplastiche ed illustra 6 casi personali di cui 4 operati di resezione ed atti a portare un contributo alla patogenesi ancora oscura di questa affezione.

Richiama l'attenzione sulla invaginazione primitiva di una haustra cecale, osservata ben quattro volte in breve spazio di tempo, forma sicuramente classica e senza dubbio più frequente di quanto tuttora non sembri. Cita 2 casi di pseudo invaginazione, interessanti dal punto di vista patogenetico e del reperto operatorio (tifo del cieco con iperplasia delle ghiandole regionali; edema acuto del colon destro da drastici) e ricorda alcuni casi di lesione traumatica del colon e del suo mesentere.

Riferisce infine su due casi di volvolo del megasigma congenito, operati una prima volta di sigmo-sigmostomia e nei quali si dovette reintervenire a breve scadenza per recidiva del volvolo. Nel primo caso fu fatto un nuovo intervento palliativo, nel secondo la resezione radicale in un tempo, operazione che — sotto certe premesse — rappresenta in queste contingenze il metodo ideale, se pure eccezionalmente applicabile.

FORNI G. (Venezia). — *L'alterazione del colon e il loro trattamento nella fistola gastrodigiuno colica.* — Ha ricorso nei suoi casi alla colonrafia o alla emicoletomia. Riserva la ciecostomia preventiva nei casi in cui è opportuno procedere alla derivazione fecale.

FASANO M. (Asti). — *Flemmone retto-sigmoideo.* — Descrive uno speciale procedimento nel trattamento del flemmone retto-sigmoideo consistente nell'intervento in due tempi. Primo tempo: resezione per via addominale del colon pelvico e sigmoideo; secondo tempo: ablazione per via perinale del retto.

Caratteristica del procedimento è il drenaggio quarantena che viene stabilito nel primo tempo ossia lo zaffamento del piccolo bacino con striscie di garza impregnata in soluzione al rivanolo 2 per mille ricoperte alla loro volta da striscie di gomma pura embricate e disposte a ventaglio per modo da ottenere un tentorio, una separazione netta fra la pelvi e la grande cavità splancnica.

Il procedimento è corredato da una osservazione molto dimostrativa nella quale nonostante la rottura del colon e la contaminazione del peritoneo si è ottenuta perfetta guarigione con decorso normale post-operatorio.

VALDONI P. (Roma). — *Perfezionamenti nella tecnica dell'anastomosi colocolica.* — Descrive un metodo di anastomosi asettica che si presenta di esecuzione molto facile e che non richiede un istrumentario speciale.

Il metodo può essere applicato in qualsiasi tipo di anastomosi sia del tenue che del colon.

LEO E. (Milano). — *La fistola del cieco nella cura delle complicanze inveterate e parzialmente stenosanti del colon destro da appendicite.* — Da un caso non frequente di colite e pericolite del colon destro a lungo decorso e con fenomeni di parziale stenosi, seguito ad appendicite cronica, l'O. si ritiene autorizzato ad affermare che qualora — come nell'osservazione riportata — non v'è da attenersi a cura diversa dalla stomia dell'intestino, la fistola del ceco, la fistola anzi *tubulare* del ceco è sempre da preferirsi all'appendicostomia.

Ore 9, 18 ottobre 1934.

Presidenza: prof. ALESSANDRI.

BIANCHERI A. (Reggio Emilia). — *Interventi nel colon. Stitichezza abituale cronica.* — Nel 1927 l'O. ha riferito la tecnica e gli ottimi risultati di un particolare intervento, di nessuna gravità, per la cura della stasi intestinale cronica. L'O. persegue fin dal 1922 questi studi e crede, dopo quasi trecento interventi, di poter esporre per esteso la situazione. L'O. non entra nella questione patogenetica, nè vuole dare alla stitichezza, la figura di malattia a qualunque quadro clinico appartenga, considera la stitichezza come un sintomo o il fenomeno più grave, certo quello scomparso il quale, tutta la persona e tutte le funzioni ne beneficiano.

Riferendosi alla fisiologia e alla anatomia del ceco ascendente, angolo epatico, trasverso (nella S. I. C. destra) abbrevia, con plicature trasversali multiple, il cieco, l'ascendente, peritonizzando, lasciando libero il tratto dell'intestino; abbassa l'angolo epatico, lo plica, lo modella secondo una curva ampia; plica il trasverso in modo che dal cieco all'angolo splenico, si venga ad avere un piano inclinato senza gravi dislivelli nè duri ostacoli, in modo che il transito fecale sia reso facile e più sollecito. La plicatura mette la fibra muscolare e quindi la contrazione nel senso longitudinale, in una condizione di lavoro particolarmente efficace. I risultati anche lontani, sono costanti e ottimi.

CALABRESE D. (Bologna). — *Alcune osservazioni di chirurgia del colon.* Illustra una statistica personale.

FILIPPINI L. — *Considerazioni cliniche su alcuni casi di ferite del colon.* — L'O. riferisce su alcune caratteristiche del decorso clinico di 118 casi di ferite del colon di cui 13 isolate e 5 associate a lesioni toraciche osservate nell'ultimo decennio al reparto di Chirurgia d'Urgenza degli Istituti Ospedalieri di Milano richiamando l'attenzione sulla benignità del decorso, se l'intervento è stato tempestivo, e sulla assenza dei sintomi tipici iniziali in molti casi specie della difesa addominale generalizzata. Constatando poi che l'emoperitoneo ha una importanza grandissima sul decorso richiama, confrontandole alle osservazioni cliniche, le più recenti osservazioni sperimentali.

*(Continua).* P. VALDONI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### La cifosi dei vecchi.

La cifosi dei vecchi è la conseguenza della scarsa quantità di calcio delle vertebre. Tale fatto non è dovuto alla sottrazione di calcio dalle ossa, ma a ciò che la sostanza ossea per la ricostruzione dell'osso stesso contiene minor quantità di calcio, sicchè la capacità di sostegno viene a diminuire. Si tratta, quindi, di un processo morboso corrispondente alla rachitide dell'età infantile, ma che riveste un'altra forma perchè le stesse cause di malattia agiscono su un organismo vecchio.

La causa della malattia risiede nella deficienza di vitamina D nella nutrizione.

E. Plate (*Medizin. Welt*, 18 agosto 1934) consiglia la somministrazione di olio di fegato di merluzzo, facendo rilevare che non tutti gli oli di fegato contengono la stessa quantità di vitamina D, dipendendo ciò specialmente dalla stagione e dal modo di preparazione.

Ad ogni modo, la somministrazione di tale olio, unitamente al trattamentó con raggi ultravioletti (elioterapia naturale ed artificiale), può dare buoni risultati.

*fil.*

### Linfogranulomatosi nella colonna vertebrale.

F. Standtner (*Deut. Med. Woch.*, 13 ottobre 1933) ricorda come solo negli ultimi anni siano stati descritti casi di localizzazione linfogranulomatosa nell'apparato scheletrico. Invece le statistiche moderne parlano di un'altissima percentuale di lesioni ossee; nel maggior numero dei casi, si trattava di una localizzazione vertebrale.

L'A. riferisce il caso di un uomo di 25 anni il quale presentò i segni glandolari della malattia nel luglio 1932, e quelli vertebrali nel novembre (dolori vivissimi a carico delle vertebre toraciche e lombari); l'esame radiografico dimostrò l'esistenza di alterazioni delle vertebre a carattere in parte distruttivo e in parte neoproduttivo.

I dolori scomparvero colle irradiazioni, ma le alterazioni vertebrali comparvero, col passare del tempo, anche in vertebre vicine a quelle già colpite.

I dolori si accompagnavano a disturbi della sensibilità che probabilmente si spiegavano con la compressione esercitata da proliferazioni linfogranulomatose entro il canale midollare.

L'autore traccia rapidamente i principali cenni della diagnosi con le altre più comuni affezioni dello scheletro, e conclude sottolineando l'importanza di questo nuovo progresso nel campo della sintomatologia dell'Hodgkin.

V. SERRA.

### Osteite tubercolare multipla cistoide (Jüngling).

Secondo Falmann (*Arch. klin. Chir.*, vol. 178, pag. 668, 1934) la malattia deve essere considerata come una forma attenuata di tubercolosi ossea che è localizzata strettamente alle falangi e ai metacarpi rispettivamente metatarsi. Si sviluppa per lo più nel 2° o 3° decennio e non dà mai manifestazioni notevoli, mai ascessi freddi nè si fistolizza, non invade le articolazioni e decorre quasi indolore. Le dita colpite sono tumefatte e di colorito rosso-bluastro, con alterazioni della pelle corrispondenti al lupus pernio o al sarcoide di Beck, cioè a processi tubercolari della pelle.

L'esame radiologico dimostra la presenza, nelle falangi e nei metacarpi, di zone rotondeggianti radio-trasparenti che hanno l'apparenza di cisti piccole. Mancano proliferazioni periostee e le alterazioni caratteristiche della spina ventosa.

L'affezione va distinta da una forma descritta nel 1931 dal Kienböck in cui si hanno lesioni diffuse di tutto lo scheletro e dello stesso tipo, però non simmetriche. Per questa forma si adatta bene il termine di osteite cistica miliare dello scheletro proposta da Campiglio. In questa forma la localizzazione è prevalente nella zona epi- e metafisaria, sì che in qualche caso può entrare in discussione diagnostica una cisti ossea.

Nel caso osservato dall'A., per quanto la reazione alla tubercolina sia stata negativa, si potè dimostrare sicuramente per la prima volta la natura tubercolare iniettando in cavie del liquido prima iniettato in una cisti e poi estratto.

Nella patogenesi della lesione occorre ricordare che per un certo tempo dello sviluppo manca la differenziazione nelle falangi e nei metacarpi della corticale e canale midollare essendo l'osso formato essenzialmente da tessuto spugnoso. C'è da contare anche sulla lesione delle parti molli che sono essenzialmente trofiche e che possono avere importanza nel determinare alterazioni circolatorie nell'osso.

VALDONI.

### Epitelioma basocellulare originantesi in cavità da osteomielite cronica.

P. Blanco (*The American Journal of Cancer*, n. 2, ott. 1933) fa la descrizione di due casi:

Caso I. — Uomo di 69 anni che a 10 anni, 59 anni prima, riportò una contusione del piede, ne seguì un'osteomielite dell'epifisi sup. della tibia sinistra. Residuò una fistola, che nel 1925 eliminò un sequestro. Dal febbraio 1928 profuse emorragie attraverso di essa. Radiograficamente si dimostravano le tipiche le-

sioni di osteomielite cronica dell'estremo superiore della tibia sinistra e numerose aree di rarefazione dell'osso malato. Inoltre l'ammalato presentava lesioni pulmonari tubercolari. Cachessia.

Per il ripetersi dell'emorragia dopo trasfusioni il paziente fu assoggettato a disarticolazione del ginocchio. L'esame della tibia dimostrò nella epifisi superiore la presenza di una cavità, tappezzata da noduli carnosi sanguinanti, che l'esame istologico fece riconoscere per tessuto epiteliale malpighiano. L'autopsia del paziente, morto dopo alcuni mesi per polmonite, non dimostrò tumore primitivo a sede di organi interni.

Caso II. — Uomo di 50 anni, che 25 anni prima, sciando, cadde battendo la coscia sinistra al suolo. Dopo pochi giorni si formò un ascesso fistolizzatosi e che dopo alcuni mesi diede luogo a fuoriuscita di sequestri ossei. Indi si ebbe chiusura della fistola, ma con discreto impedimento funzionale, tanto che nel dicembre 1927 il p. lasciò il lavoro. In tale epoca in corrispondenza del gran trocantere di sinistra esisteva un'apertura fistolosa. Radiograficamente si notava un processo distruttivo del gran trocantere e nello spazio intertrocanterico. Il tramite fistoloso fu trattato con raschiamento. L'esame microscopico delle granulazioni dimostrò un'atipica proliferazione epiteliale malpighiana. Seguì frattura, per la quale fu praticata la disarticolazione dell'anca.

I due casi riferiti riguardano la presenza di epiteliomi basocellulari che tappezzano le cavità osteomielitiche, non essendo legati a metastasi. Essi possono essere dovuti o a drenaggi persistenti od a processi infiammatori cronici (Brunschwiz). JUBA.

**Idatidosi del femore. Operazione, cura. Innesto osseo. Guarigione definitiva.**

I medici in generale e molti chirurgi non attribuiscono all'idatidosi ossea quell'importanza che merita per la sua gravità e abitualmente tutte le idatidosi ossee sono diagnosticate nel periodo delle sue complicazioni: frattura, idatidosi, estraossea e infezione, onde O. Ivanissevich (*Bolelin del Instituto de Clinica Chirurgica*, n. 74-76) consiglia di fare una diagnostica precoce radiografando sistematicamente le ossa di tutti i pazienti che soffrono di dolori reumatici.

Riferisce di un paziente che a 14 anni, nel 1920, correndo si produsse una frattura spontanea del femore. Alla radiografia fu riscontrata una idatidosi della frazione superiore della diafisi femorale.

Sottoposto ad un atto operativo dal professore Viñas, gli fu in un primo tempo estirpato l'osso invaso dal parassita; il paziente rimase naturalmente con una pseudo-artrosi flottante. Tredici mesi dopo la prima operazione si praticò un secondo intervento, facendo un innesto del perone, per sostituire il frammento femorale assente, lungo 8 cm. e comprendente tutto il suo spessore e il suo involucro periosteo.

L'unione dei frammenti fu fatta per incastro a pressione nel canale midollare della diafisi e in un tunnel lavorato nel grande tracantere.

Dopo circa un anno il paziente poteva già camminare benissimo. Nove anni più tardi viene operato per cisti idatidea del fegato con risultato soddisfacente.

Siccome l'A. voleva conoscere l'evoluzione postoperatoria lontana di questo caso, ne fece ricerca nel '33 e seppe che il paziente era morto nel '32 per tbc. polmonare e che fino a quel momento la deambulazione è stata sempre normale.

Ottenuto il permesso di esumare il cadavere, potè constatare che ancora dopo 12 anni la guarigione della idatidosi ossea era completa.

Questo caso insieme a quello pubblicato nel 1929 dal Makkas di Atene è il secondo che si conosca nella letteratura medica.

N. DI PAOLA.

**Il metodo di Orr nella cura delle osteiti tubercolari.**

Si compone di cinque tempi che è necessario eseguire con scrupolosa esattezza:

1) Praticare una generosa incisione per arrivare alla zona malata, interessante il punto più declive per facilitare il drenaggio.

2) Asportare tutto l'osso malato, anzi oltrepassare i limiti di questo.

3) Prosciugare la cavità adoperando prima tintura di iodio e poi alcool etilico.

4) Colmare la cavità con garza imbevuta di olio di vaselina sterile senza stipare la garza nel fondo. Impacco all'olio di vaselina.

5) Mettere l'arto nella posizione di riposo assoluto ed immobilizzare le due articolazioni viciniori con apparecchio gessato.

Il primo apparecchio è necessario resti in sito per un periodo da uno a due mesi: si ispezionerà la ferita solo in due casi: dolore e febbre.

Le medicature successive sono identiche alla prima.

Questo metodo da Orr ideato per la cura delle osteomieliti croniche è stato utilizzato da G. Rinonapoli (*Archivio di Medicina e Chirurgia delle Opere Antitub. del Comune di Milano*, Agosto 1933-XI) per il trattamento delle osteiti tubercolari. L'A. riferisce solo cinque casi trattati e nei quali l'esito è stato assai lusinghiero.

La guarigione ottenuta è quasi sempre permanente. Il decorso post-operatorio è notevolmente accorciato e si evita la sequela interminabile delle medicazioni. Si ha infine il vantaggio cospicuo di evitare i sequestri.

VICENTINI.

## IGIENE.

### Le carni ovine nell'alimentazione.

C. Canè (*Annali d'Igiene*, agosto 1934), in un interessante articolo, preconizza un più copioso consumo di carni ovine, delle quali documenta il potere nutritivo.

Per raggiungere lo scopo, occorrerebbe non solo intensificare gli allevamenti, ma anche migliorare la qualità delle razze, valendosi di razze ad alta resa carnea, cioè che presentano una buona utilizzazione degli alimenti ed espongono ad una scarsa perdita di mattazione (per assegnazione alle bassa macelleria o per distruzione). Verrebbe così a ridursi anche il costo di produzione.

Producendo carni di migliore qualità ed a prezzo vantaggioso, ne verrebbe favorito il consumo, concorrendo al miglioramento del regime alimentare delle classi meno abbienti.

La maggiore produzione di carni ovine contribuirebbe ad alleggerire l'importazione carnea del nostro Paese e stimolerebbe a razionalizzare gli allevamenti. A. P.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Contributo allo studio dell'importanza del fegato nel ricambio idrico.

Viene portato da B. Polejew (*Vracebnoje Dielo*, 1934 f. 4). L'A. si è servito della prova idrofila preconizzata nel 1927 da Mc. Clure e Aldrich; viene passata in rassegna anche la letteratura riferentesi all'applicazione di essa. La prova di cui la tecnica è oltremodo semplice consiste nell'iniezione intradermica di 0,2 cc. di soluzione fisiologica; il tempo del riassorbimento della bolla formatasi che normalmente oscilla intorno ad un'ora, rivela la presenza o meno di un'idrofilia cutanea aumentata. Così nei bambini edematosi tale tempo non superava i 17 m' nelle zone edematose ed era di circa 40 m' nelle zone non edematose. La prova avrebbe anche un significato prognostico, inquantochè riesce positiva (tempo di riassorbimento diminuito) già nel periodo preedematoso, e dà risposta normale alquanto prima della scomparsa degli edemi.

Olmsted ha praticato la prova idrofila su zone edematose in soggetti prima e dopo la morte ed ha trovato il tempo di riassorbimento costante; dunque la circolazione sanguigna non influenzerebbe l'esito della prova, sul cui meccanismo ancora si discute. Essa darebbe il tempo di riassorbimento diminuito negli scarlattinosi e nei difterici (Baker), nei polmonitici (Harrisson), nelle gravide (Lasch); secondo questi AA. l'aumentata idrofilia cutanea sarebbe il seguito dell'intossicazione; risultati analoghi ha avuto Kohen nei casi di anossiemia.

L'importanza del fegato nel ricambio idrico è stata messa specialmente in evidenza dalla scuola di Pick e da Simmonds i quali avrebbero riscontrato delle formazioni muscolari nella vena epatica capaci di modificare in essa la direzione del flusso idrico; ora all'A. è sembrato opportuno di studiare le modificazioni delle affinità idriche negli effetti da malattie epatiche, specie da fegato da stasi, mediante la prova di Mc. Clure e Aldrich. Uno studio del genere è stato già precedentemente eseguito da Zak, il quale avrebbe riscontrato una notevole diminuzione del tempo di riassorbimento della bolla (28 m') nei malati scompensati col fegato ingrossato; nei cardiaci senza epatomegalia tale tempo importava 40 m'; nei normali 48 m'.

La ricerca è stata eseguita dall'A. su 18 casi di epatomegalia (cardiaca, da colecistite, cirrosi ecc.). di cui 10 in cardiaci; come controllo servirono 19 soggetti affetti da malattie non epatiche.

I risultati avuti possono dirsi quasi negativi; la media del tempo di riassorbimento in tutti i gruppi di malati è stata di circa 70 m'; l'A. conclude dunque che a meno che nello studio edematoso o preedematoso il fegato non influisce sulla prova idrofila. S. MINZ.

## POSTA DEGLI ABBONATI

*L'amarore del vino dal punto di vista igienico.* — Al dott. Marco de Vincentis, abb. n. 1877:

Un vino, come qualsiasi altra sostanza alimentare, per essere ammesso al consumo, sia dal punto di vista puramente igienico che per disposizione di legge, deve possedere, relativamente al tipo cui appartiene, perfetti caratteri organolettici.

Qualunque alterazione nel sapore, odore, ecc. sta ad indicare un vino certamente nocivo alla salute, e pertanto da non considerarsi commestibile, qualunque sia la causa che ha prodotto l'alterazione stessa.

Nel Suo caso il vino è stato colpito dalla malattia dell'amaro, ben studiata da Pasteur, il quale accertò che tale alterazione è provocata *esclusivamente* da un microrganismo particolare, che attacca specialmente i vini rossi quando essi non siano preparati e conservati secondo le regole della enologia razionale.

Il meccanismo chimico della malattia non è però ancora ben noto. Alcuni AA. ritengono che detto microrganismo provochi una alterazione particolare del tannino, altri pensano invece, come Ella accenna, e come è forse più probabile, ad una abnorme formazione di aldeidi che si trasformerebbero in una resina amara.

Il vino ammalato è comunque, ripetiamo, da respingersi recisamente per l'alimentazione, ancorchè potesse essere ancora bevibile.

Ci sia permesso di cogliere l'occasione per spezzare una lancia a favore della opportunità di diffondere in Italia l'enologia veramente razionale e scientifica, come ad esempio in Fran-

cia. In Italia si produce molto vino, ma in maniera il più delle volte così empirica, direttamente dai contadini, per necessità inesperti ed incolti, che i vini prodotti risultano, salvo eccezioni, non tipici, cioè di caratteri tutt'altro che costanti, assai meno pregevoli di quanto potrebbero essere, e *poco serbevoli*, con largo danno della economia agricola. Bisogna invece persuadersi che fare del vero vino, buono e sano, e conservarlo tale, è cosa non facile, da affidarsi a persone veramente competenti per tecnica e per teoria. Solo in tal modo potremo avere abitualmente anche in Italia dei vini degni di tal nome, sani e serbevoli.

M. TALENTI.

*Ricerca dello iodio nelle urine*. — Al dott. Carlo Testa, Trezzo sull'Adda:

Per la ricerca nelle urine dello iodio somministrato sia come sali che sotto forma di preparati organici, può correntemente usarsi il facile metodo seguente:

a 5-10 cc. di urina si aggiunge circa 1 cc. di acido solforico diluito (1:3), 2-3 gocce di soluzione di nitrito sodico (0.2:100), ed 1 cc. circa di cloroformio.

Agitando il liquido, capovolgendo più volte la provetta, il cloroformio, se presente iodio, si colora in rosso violaceo.

Il metodo può prestarsi anche ad un dosaggio di esattezza sufficiente a scopo clinico, partendo da una quantità di urina ben misurata in cilindretto graduato con tappo a smeriglio, ed usando 1 cc. esatto di cloroformio. In egual maniera si lavora su acqua distillata, anzichè su urina, usando un secondo cilindretto graduato, identico al primo, nel quale si aggiunge, rimescolando ogni volta, goccia a goccia una soluzione N/100 di iodio, arrestandosi quando la colorazione così ottenuta del cloroformio è identica a quella del cilindretto contenente l'urina in esame (su fondo bianco). È facile il calcolo, per risalire al per cento di iodio nell'urina in esame, sapendo che ogni goccia di soluzione iodica N/100 (contagocce normale) corrisponde a gr. 0,0000635 di iodio.

M. TALENTI.

Al dott. Gustavo De Paulis da S. Pietro Polesine:

Il composto di calcio e canfora usato nelle cure che hanno dato luogo alle conclusioni esposte nel mio lavoro « Shock da calcio: terapia e profilassi » pubblicato nel fasc. 5, Sezione Pratica, 1934, è il Tonical. M. MOSCHINI.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. RICCHI. *Il mito di Sisifo ovvero le formule per le diminuzioni di visus da infortunio*. — Rass. Prev. Soc., 1934.

A. PACIFICO. *Sui disturbi da puntura lombare*. — Tip. S. Bernardino, Siena, 1934.

# VARIA

### Le unghie rosa.

V. Audibert (*La Presse médicale*, 6 giugno 1934) dà un nome piuttosto difficile agli individui che presentano la caratteristica di avere le unghie rosa; li chiama onicorrodi. Il fenomeno non costituisce una mera curiosità, ma può presentare un interesse clinico.

L'esame va eseguito, facendo flettere leggermente le falangi verso la palma della mano che si tiene sollevata: le dita debbono essere completamente rilasciate. L'individuo normale presenta tutto il dito e l'unghia di un colore uniformemente roseo. Se, invece, le dita si stendono completamente diritte, il dito e la mano conservano lo stesso colore, ma l'unghia si presenta pallida al centro, perchè la semplice tensione dei tendini basta per scacciare il sangue dai fini capillari.

***

Negli *onicorrodi*, invece, la mano e le dita, tenute nella posizione di riposo sopra indicata, si presentano di colore roseo-biancastro, mentre l'unghia ha un colore rosa che spicca, tanto da sembrare dipinta senza però essere lucida. Il colore dell'unghia spicca tanto maggiormente perchè l'onicorrode è pallido ed anche la mano e le dita tendono al biancastro.

In tali individui, le unghie sono lunghe, sottili e flessibili. Le unghie lunghe indicano una atonia organica, un certo squilibrio funzionale e mentale: la strettezza delle unghie significa una salute poco valida. La sottigliezza e la flessibilità sono indizio di mancanza di forza fisica (che si esprime generalmente con la stanchezza mattutina), di un temperamento linfatico, dalla volontà debole, dalla passività inerte.

In molti onicorrodi, le unghie hanno anche delle scanalature verticali molto fini, indicanti un cattivo stato trofico cronico.

Talvolta l'unghia è curva, oppure si ha una sporgenza dei cercini laterali o della radice. Le lunule sono spesso insignificanti od esenti, specialmente alle ultime due dita.

L'importanza delle alterazioni ungueali dell'onicorrodia consiste nel fatto che essa è indizio di tubercolosi. L'A. riporta in proposito alcuni casi dimostrativi. Ciò non deve meravigliare, in quanto che l'onicorrodia va considerata come un'acrocianosi (se anche di un tipo speciale). Ora acrocianosi significa disfunzione capillare, disfunzione vasomotrice, e quindi disfunzione simpatica, quale si ha nei bacillari.

L'onicorrodia prende così il valore di un segno clinico importante per affermare o scovare una bacillosi, talora evolutiva, spesso latente.

*fil.*

# POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

**Risposte a quesiti per questioni di massima.**

122° *Dottor T. R.* — Se la deliberazione che stabilì l'aumento dello stipendio ebbe efficacia dal febbraio 1924, Lei ha diritto alla differenza dello stipendio da quella data sino alla cessazione del servizio. Non importa che la somma dovuta per l'aumento non fosse stanziata in bilancio. Pur essendo cessato il rapporto di impiego Lei può agire.

123° *Dottor P. P.* — Se Le sarà concessa una aspettativa di tre mesi per motivi di salute avrà diritto allo stipendio per tutto il periodo di congedo.

124° *Dottor T. C.* — Trattandosi di stipendio, cioè di prestazione dovuta mensilmente, credo che possa essere opposta con fondamento la prescrizione quinquennale per le rate scadute prima dell'ultimo quinquennio, salvo che vi siano stati atti interruttivi.

125° *Dottor B. S.* — Il servizio interinale non è valutabile agli effetti degli aumenti periodici, salvo che la deliberazione o il capitolato che li attribuisce disponga che il servizio utile decorre dalla data della prestazione effettiva, compresa cioè quella anteriore alla nomina definitiva. La regola concernente la valutazione del servizio interinale, agli effetti del periodo di prova e della stabilità, ha una finalità specifica e non può essere estesa per analogia ai quadrienni. È da ritenere che il periodo di aspettativa per motivi di famiglia non sia valutabile: la quistione però è dubbia.

L'avviso del concorso non è atto costitutivo di rapporti ma ha lo scopo di annunziare al pubblico le condizioni della nomina. Fonte costitutiva è invece il capitolato o l'atto che attribuisce l'aumento periodico: se vi è differenza tra questo atto e l'avviso, vale il primo, perchè il secondo non può giuridicamente modificarlo.

126° *Dottor V. R.* — È da ritenere che il medico condotto interino abbia diritto al congedo annuale di un mese e al pagamento dello stipendio anche in tale periodo, se il rapporto sia continuativo almeno per un anno. Il Podestà può provvedere senza speciale deliberazione. Occorre, però, che sia regolata la sostituzione perchè il servizio deve essere disimpegnato.

Il congedo ordinario non è causa di interruzione del periodo di prova valutabile.

127° *Dottor A. D.* — Il generico divieto del cumulo di uffici retribuiti non è ostacolo giuridico, specialmente quando si tratti della partecipazione al concorso. L'esercizio di altri incarichi può essere considerato invece dall'Amministrazione pubblica quando debba scegliere fra più concorrenti.

128° *Dottor L. A.* — Il medico condotto, titolare interino, è obbligato per disposizione espressa del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889 a prestare assistenza anche agli abbienti, quando ne sia richiesto, e ha diritto a compenso, secondo le speciali tariffe approvate dal Prefetto. S'intende che, come in ogni altro caso, se il medico è ammalato e non è quindi in condizioni di prestare la sua opera, il rifiuto non è illegittimo.

In ogni ipotesi, le spese della assistenza da chiunque prestata sono dovute dalla persona *abbiente* assistita.

Se il rapporto interinale è stato costituito per tempo determinato, la retribuzione validamente fissata, con deliberazione divenuta efficace, non può essere modificata. Se, invece, il rapporto fosse costituito per tempo indeterminato il Comune potrebbe risolverlo e, quindi, anche modificarlo.

129° *Dottor S. F.* — Tutte le famiglie che, bene o male, sono iscritte nell'elenco dei poveri, devono essere assistite dal medico condotto, gratuitamente. Se l'ente orfanotrofio o la Congregazione di Carità richiede l'assistenza sanitaria per la sua organizzazione e il medico condotto non è obbligato per disposizione del capitolato o dell'atto di nomina a prestare tale assistenza gratuitamente, Lei ha diritto a compenso per l'opera prestata ai ricoverati non iscritti nell'elenco dei poveri. Il compenso è dovuto dall'ente verso il quale Lei non ha rapporti di impiego.

130° *Dottor S. C.* — Se la persona assistita è iscritta nell'elenco dei poveri non si ha diritto a compenso, quale che sia la entità della prestazione.

131° *Dottor P. A.* — La indennità di caroviveri è dovuta in quanto sia validamente stabilita da un atto dell'amministrazione comunale approvato dall'autorità tutoria. Il semplice stanziamento nel bilancio annuale non può costituire vincolo obbligatorio per tempo indeterminato.

132° *Dottor A. T.* — Agli effetti della iscrizione ritengo che, essendo costituito un rapporto di impiego per nomina definitiva e la remunerazione essendo costituita dalla partecipazione certa ai proventi del gabinetto, debba essere ammessa la domanda.

---

*N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.*

*Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini,* **sono gratuiti.**

---

**(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione. cons. leg. del nostro periodico**

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## L'adunata delle forze sanitarie combattenti.

Domenica 4 novembre, nella ricorrenza dell'anniversario della Vittoria, sono convenuti a Roma in grande adunata tutti gli addetti ai servizi sanitari di guerra: medici, farmacisti, infermieri e militi.

La dignità ed il numero dei partecipanti ha conferito a questa adunata un particolare interesse.

Le cerimonie sono state brevi, solenni, significative: omaggio al milite ignoto ed ai caduti fascisti, saluto al Capo del Governo, simbolica onoranza ad Esculapio, orazione commemorativa e celebrativa.

È stato il riconoscimento dell'opera compiuta, l'affermazione di un proposito, un atto di fede.

A venti anni di distanza il contributo che i medici hanno dato alla vittoria appare più grande di quel che poteva risultare all'atto della lotta immane. Organizzati e diretti dall'allora esiguo Corpo Sanitario Militare, tutti i medici italiani, senza distinzione di competenze e di gradazioni professionali, prestarono la loro opera, a seconda della loro età, nelle trincee, negli ospedaletti da campo, negli ospedali delle retrovie, si prodigarono e si sacrificarono. Affrontarono con le fanterie i disagi e la morte nelle trincee; subirono negli ospedaletti il martellamento delle artiglierie, fissati al letto dei feriti e dei malati; sostennero in numero esiguo il duro lavoro di assistenza della popolazione civile.

Il numero dei medici in combattimento o per ragioni di servizio, il numero delle ricompense al valore militare concesse ai medici, prova a quali pericoli essi si siano esposti, con quale animo essi li abbiano affrontati, con quale devozione e perizia abbiano compiuto il loro dovere.

Lo schieramento delle forze sanitarie a sedici anni di distanza dalla smobilitazione attesta che l'animo dei medici di oggi è lo stesso di quelli dell'esercito di Vittorio Veneto, ma prova altresì che l'organizzazione del servizio sanitario militare si è perfezionata.

Il coraggio e la pietà fanno bella l'opera dei medici di guerra, ma perchè la loro opera riesca veramente proficua occorre una perfetta preparazione di servizi, un'adeguata sufficienza di mezzi.

Le prestazioni mediche per un popolo in guerra non si limitano alla cura dei soldati colpiti da ferite o da malattie.

Vi sono altre esigenze sanitarie, che interessano in pieno l'efficienza dell'esercito e la resistenza delle popolazioni. Prevalente su tutte, è l'opera di preparazione riflettente l'irrobustimento della razza.

L'avvenire dei popoli, la fortuna delle guerre dipende in gran parte dalla robustezza fisica, dalla saldezza morale dei cittadini e dei combattenti.

L'opera dei medici non si apprezza solo dal loro contributo nell'immediatezza della lotta, ma anche nell'opera meno evidente ma più efficiente intesa a rendere la sanità ai corpi e la vigoria agli spiriti.

Rendendo omaggio al milite ignoto i medici italiani hanno voluto ricordare e onorare coloro che essi non potettero sottrarre alla morte e all'invalidità, coloro che fecero olocausto della propria vita e della propria integrità.

Rendendo omaggio al Duce essi hanno voluto fare riconoscimento di tutta l'opera poderosa da lui intrapresa e perfezionata per migliorare la salute fisica e morale degli italiani.

Rendendo omaggio ad Esculapio hanno voluto fare un atto di fede nella scienza, alla quale essi apportano quotidianamente il contributo del loro lavoro e dalla quale attingono la luce per illuminare la propria intelligenza, i mezzi per alleviare tutte le sofferenze.

# AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

### Sostanze stupefacenti.

Il prefetto di Milano ha diramato ai Podestà e Commissari prefettizi dei Comuni della Provincia, la seguente circolare:

La Sezione IV del Capo V, del Testo Unico delle Leggi Sanitarie approvato con R. D. 27-VII-1934, n. 1265, reca, come è noto, le disposizioni per reprimere gli abusi nel commercio delle sostanze velenose aventi azione stupefacente.

L'art. 154, in particolare, fa obbligo ai direttori di Ospedali, ambulatori, case di cura in genere e case per gestanti ed ai titolari dei gabinetti privati per l'esercizio delle professioni sanitarie, di tenere un registro di carico e scarico delle sostanze e preparati sopraccennati di cui fanno acquisto per i normali bisogni degli Istituti o gabinetti predetti.

Nel registro stesso deve essere giustificato l'impiego delle sostanze stupefacenti acquistate.

In attesa che il Ministero determini con successive disposizioni di legge le particolarità di tale registro, allo scopo di ottenere la pronta applicazione del suddetto articolo con uniformità di criteri in tutta la Provincia, ho disposto che i direttori degli Istituti di cura pubblici e privati, ed i titolari dei gabinetti privati per l'esercizio delle professioni sanitarie provvedano ad annotare il movimento di sostanze e preparati stupefacenti che si effettua nel proprio istituto o gabinetto, su di un registro del tipo già prescritto per le farmacie, che viene posto in commercio dal Sindacato Provinciale Fascista dei Farmacisti (corso Venezia 20, Milano). Su tale registro, però, oltre alle

notizie riguardanti il carico e scarico delle sostanze stupefacenti, dovrà essere annotato, nella finca riservata alle « Osservazioni », il nome dell'ammalato.

Prego le SS. LL. di voler portare quanto sopra a conoscenza dei direttori degli Istituti indicati sopra e di fare esercitare la opportuna vigilanza circa l'adempimento, a mezzo degli ufficiali sanitari.

F.to: Fornaciari.

# CONCORSI.

Posti vacanti.

Bologna. *Amministrazione degli Ospedali.* — Scad. 30 nov. Medico primario nell'Ospedale Maggiore; laurea da 10 anni; età 45-50 a.; tassa L. 50. Un medico assistente nell'Ospedale Maggiore e 5 medici assistenti nell'Istituto Pizzardi per malattie di petto; stip. L. 4500 oltre indenn. L. 1050 per la specialità e soprassoldo di turno L. 13,20; tassa L. 25. Chiedere altre condizioni. Rivolgersi all'Amministrazione (Ufficio Protocollo), via Castiglione 29.

Brescia. *Spedali Civili.* — Scad. 26 nov., ore 16; medico aiuto per un riparto di chirurgia e medico aiuto per un riparto di medicina generale; L. 5500 al lordo di ritenute e riduzioni; 10 % degli onorari regolamentari versati dai dozzinanti; età limite 35 a. al 25 ott.; tassa L. 50, alla cassa dell'Economato; documenti non anteriori al 25 luglio. Chiedere annunzio.

Casole Bruzio (*Cosenza*). — Scad. 20 nov.; lire 7000; età limite 35 a.

Crema. — Scad. 22 nov.; per S. Bernardino; L. 11.000 oltre L. 1500 trasp., L. 300 ambulat.

Cutigliano (*Pistoia*). — Scad. 31 dic.; L. 9500 e 5 trienni dec., oltre L. 2000 automezzo, L. 500 uff. san., c.-v.; età limite 35 a.; tassa L. 50,10.

Forlì. *Municipio.* — Concorso per titoli ed esami al posto di Medico-Direttore del Dispensario per la profilassi e per la cura della sifilide e delle malattie veneree con obbligo della cura ed assistenza dei malati ricoverati nella sala celtica del Civico Ospedale; e, come tale, dovrà osservare le norme del regolamento interno dell'Ospedale stesso. Onorario L. 9000 annue, sotto deduzione delle riduzioni e ritenute di legge; esclusa ogni altra indennità. La domanda, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Comune, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciotto del 30 novembre 1934-XIII.

Forlì. *Ospedale G. B. Morgagni.* — Scad. 28 nov., ore 18; assistente di medicina e assistente di chirurgia; L. 4000; titoli ed eventualm. esami; tassa L. 50; età limite 30 a.; nomina biennale. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

Medicina (*Bologna*). — Scad. 15 nov.; per frazione; L. 8800 oltre L. 3000 cavalc.

Neive (*Cuneo*). — Scad. 30 nov.; condotta Est del consorzio con Neviglio e Trezzo Tinello.

Pistoia. *Amministrazione Provinciale.* — Sino alle ore 12 del 10 dicembre 1934-XIII è aperto il concorso per titoli e per esami al posto di Coadiutore della Sezione medico-micrografica del laboratorio provinciale d'igiene a cui è assegnato uno stipendio iniziale di L. 10.500 aumentabile di sei decimi triennali, l'indennità di servizio attivo di L. 1900 annue e di caro-viveri come per gli altri impiegati provinciali, nonchè il 10 % dei proventi per ricerche ed analisi d'interesse privato, assegni tutti soggetti alle ritenute di legge. Età non superiore ad anni 32 salvo le disposizioni a favore degli ex-combattenti e degli aiuto od assistenti presso R. Università o Laboratori e dei vecchi Fascisti. Documenti di rito. Le prove di esame si svolgeranno secondo il programma e le norme stabilite dal Ministero dell'Interno. Tassa di ammissione al concorso L. 50. Per chiarimenti o per aver copia integrale del bando di concorso rivolgersi all'ufficio di Segreteria dell'Amministrazione Provinciale in Pistoia.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni.* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Castellammare di Stabia (Napoli); Anagni (Roma); Laces (Trento). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 15 dicembre.

Saronno (*Varese*). *Ospedale Civico.* — Posto di Primario Medico. Stipendio L. 8000 annue, al netto della riduzione del 12 % ed al lordo delle ritenute di legge, oltre alla compartecipazione sulle cure della specialità e sulle cure ambulatorie degli abbienti e dei mutuati. Il primario ha l'obbligo espresso di risiedere stabilmente in Saronno. Scadenza ore 18 del 15 novembre 1934-XIII.

Posto di Medico Ostetrico Ginecologo dirigente il Padiglione della Maternità. Stipendio L. 5000 annue, al netto della riduzione del 12 % ed al lordo delle ritenute di legge, oltre alla percentuale sulle operazioni mediche-chirurgiche e sulle cure ambulatorie degli abbienti e mutuati. Alloggio personale in Ospedale. Vitto durante i turni di guardia. Scadenza ore 18 del 30 novembre 1934-XIII.

Venezia. *Ospedali Civili Riuniti.* — Scad. 31 gennaio, ore 17,30; aiuto nella Divisione Oto-rino-laringoiatrica; L. 4800 ridotte; titoli ed esami; età limite 35 anni; tassa L. 50; documenti a 3 mesi al 31 ottobre. Chiedere avviso al Protocollo.

Verona. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 20 dic.; direttore generale sanitario; L. 28.000 e 2 quadrienni dec., oltre L. 6000 serv. att., alloggio oppure lire 5000; età limite 35-40 a.; chiedere annunzio. Rivolgersi Segreteria dell'Amministraz. degli Istituti, via Valverde 42.

Verona. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 10 dicembre, ore 12; medico primario presso l'Ospedale Civile Maggiore; titoli ed esami; L. 4900 oltre L. 940 serv. att.; compartecipazione; età limite 30-50 anni; tassa L. 50; docum. a 3 mesi dal 10 ott.; chiedere avviso alla Segreteria dell'Amministrazione (via Valverde 42).

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Università di Edimburgo ha conferito il premio Cameron per ricerche sulla terapia pratica al prof. Eduard P. Sharpey-Schafer, emerito di fisiologia, il quale conta ora 83 anni; lasciò l'insegnamento a 82 anni.

Il dott. Luigi Minutalli di Cascine di Buti (Pisa) è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia. Rallegramenti.

# NOSTRE CORRISPONDENZE

*Da Parigi.*

**Impressioni sul 43° Congresso francese di chirurgia.**

Per i numerosi convenuti al 43° Congresso francese di chirurgia una prima gradevole sorpresa è stata l'avvenuto restauro del grande anfiteatro, ove le sedute del Congresso sono tenute.

Questa veramente utile innovazione si è avuta ad opera del nuovo ed attivo Decano della Facoltà prof. Roussy.

La seduta inaugurale si è tenuta alla presenza del Ministro della Sanità pubblica M. Louis Marin alle ore 14 di lunedì, 8 ottobre; e i lavori veri e propri del Congresso, di cui è stato presidente il prof. Bernard Cunéo, si sono iniziati, con la solita precisione, alle ore 15,15.

La prima Relazione « Patogenesi e cura delle rettiti proliferanti e stenosanti » è stata svolta, per ciò che riguarda la patogenesi, da Weiss di Strasburgo; per ciò che riguarda la terapia, da J. Gatellier di Parigi. Le conclusioni principali, cui i Relatori sono pervenuti sono:

1) che nella massima parte dei casi le lesioni che caratterizzano la proctite stenosante, sono dovute allo stesso agente che è causa della poroadenia inguinale (malattia di Nicolas-Favre); e che in essi la intradermo-reazione di Frei è costantemente positiva;

2) che la terapia chirurgica, considerata dai più come la più adatta ed efficace, cioè la resezione del retto, oltrechè rappresentare un intervento difficile, è seguita quasi sempre, a distanza più o meno lunga di tempo, dalla recidiva;

3) che, dato il fallimento di questa forma di terapia chirurgica, il mezzo di cura più pratico è quello, che consiste nello stabilire un ano iliaco definitivo.

Varie comunicazioni hanno seguito alle due Relazioni, fra le quali sono specialmente da menzionare quelle di Jersild di Copenaghen e di Frei di Berlino, ambedue invitati dal Congresso.

Le conclusioni, alle quali i Relatori sono pervenuti, non sono state incondizionatamente condivise dai Chirurgi, che hanno successivamente preso la parola.

Hartmann ha fatto una critica piuttosto vivace delle deduzioni, cui Gatellier era arrivato (e ad essa altrettanto vivacemente ha poi risposto il Relatore); Dimitriu di Bucarest ha presentato degli interessanti pezzi di resezione di proctite stenosante; Chiasserini di Roma ha sostenuto il concetto che la resezione possa dare dei buoni risultati, se tutti i tessuti malati sono stati asportati.

Ci è sembrato che nella risposta il Relatore Gatellier attenuasse un poco la rigidezza delle sue conclusioni; rigidezza che, secondo noi, deriva dal fatto che la maggior parte dei casi, dalla cui diligente osservazione tali conclusioni pessimistiche derivano, furono sottoposti a metodi di resezione, che possono considerarsi come incompleti, se si tien conto sopratutto della estensione della periproctite sclero-lipomatosa.

La seconda seduta del Congresso è stata dedicata allo svolgimento di comunicazioni varie, fra le quali sono da ricordare quelle di Proust e di Dreyfus Le Foyer di Parigi sulla indicazione e sulla tecnica della scalenotomia anteriore; nonchè sulla estirpazione della prima costa.

A proposito di questa ultima comunicazione ha preso la parola il prof. Alessandri di Roma.

Altra interessante comunicazione è stata quella di Oliani di Trieste su di un secondo caso di esofagoplastica pretoracica.

Prendendo punto di partenza dalla comunicazione di Oliani, un chirurgo francese ha fatto proiettare varie documentazioni fotografiche di esofagoplastiche antetoraciche (circa una trentina), che erano state operate a Mosca in questi ultimi tempi, sopratutto da Judine.

Il che significa che quello, che da noi rappresenta un procedimento di eccezione, è invece praticato con una certa frequenza da alcuni chirurgi della Unione Sovietica.

Nella terza seduta Huet di Parigi e de Fourmenstraux di Chartres hanno svolto la loro Relazione sulla « Cura delle artriti suppurate del ginocchio (all'infuori dei traumi di guerra) ».

I Relatori sono venuti alle seguenti conclusioni: che nei casi di media gravità la puntura semplice o la sola artrotomia possono condurre a guarigione; nelle forme puramente sinoviali la mobilizzazione attiva secondo Willems-Championnière è veramente utile. La mobilizzazione attiva può essere facilitata da iniezioni intralegamentose di novocaina.

Nelle forme gravi, sia che l'artrite anteriore sia divenuta totale, sia che esista un flemmone capsulare o un'osteoartrite, la artrotomia è spesso insufficiente. In questi casi conviene ricorrere alla resezione di drenaggio; la efficacia della vaccinoterapia è ancora discussa, mentre la terapia col batteriofago sembra aver dato risultati positivi. Nei bambini, in cui la resezione non può essere fatta, si ricorrerà, prima di risolversi all'amputazione, alla operazione di Läwen, o alla temporanea lussazione della articolazione.

Fra le comunicazioni inerenti al tema di relazione è da ricordare quella di Läwen di Königsberg, invitato dal Congresso, il quale ha trattato del suo metodo di cura delle artriti purulente gravi, che permette di assicurare un drenaggio posteriore sufficiente a mezzo della resezione della parte posteriore dei condili.

Chiarolanza di Napoli ha letto una interessante comunicazione, portante il contributo della sua esperienza.

La quarta seduta è stata dedicata alle comunicazioni illustrate da proiezioni e alle cinematografie.

La maggior parte di queste ultime si riferiva a processi vari di osteosintesi. Alcune cinematografie erano a colori, come quelle di Sheedan di New York (applicazioni di innesti di pelle) e di Bur di Sélestat (cinematografie di alcune operazioni; di una autopsia; di esperienze sugli animali). Queste cinematografie, se si sono fatte ammirare per la riproduzione dei colori naturali, non hanno secondo me dimostrato una sufficiente chiarezza nei dettagli.

Chiasserini di Roma ha fatto una comunicazione sulle anastomosi intercosto-radicolari nelle sezioni totali del midollo lombare, e la ha illustrata con proiezioni.

La seduta era stata preceduta dall'assemblea generale dei Soci.

Nella riunione di venerdì (quinta) è stata svolta da R. Leibovici di Parigi e da P. Stricker di Mulhouse la Relazione sulla chirurgia delle surrenali. Ampia trattazione questa, che va dalla anatomia chirurgica delle surrenali, alla tecnica della surrenalectomia e della enervazione delle surrenali, alle svariate indicazioni e ai risultati pros-

simi e remoti degli interventi sulle surrenali. Una notevole parte della relazione è dedicata al confronto dei risultati della surrenalectomia e della resezione del simpatico lombare nella cura della endoarterite obliterante degli arti inferiori: e sembra che questo confronto vada piuttosto in favore della simpatectomia lombare.

Fra le comunicazioni aventi attinenza con la relazione vanno menzionate sopratutto quella di S. Silbert di New York (invitato del Congresso), il quale ha letto la sua comunicazione in inglese, confermando i buoni risultati, che si ottengono col suo metodo (iniezioni endovenose ipertoniche) nelle endoarteriti obliteranti; e quella di R. Leriche, il quale ha pronunciato, con vera facondia, una apologia della surrenalectomia nella cura delle endorteriti obliteranti.

O. Oliani di Trieste ha fatto una comunicazione su 2 casi di surrenalectomia.

L'ultima seduta è stata dedicata allo svolgimento di comunicazioni varie.

Questo Congresso, pur non avendo portato alcun contributo decisivo nel campo della chirurgia, ha tuttavia messo a punto alcune importanti questioni.

Assai utile ci sembra il sistema di invitare al Congresso, perchè dicano la loro parola, quei chirurgi o medici, francesi o stranieri, che si siano in special modo occupati degli argomenti, che formano oggetto di Relazioni.

Assai opportuno giudichiamo anche il sistema di tenere le sedute solo nel pomeriggio, mentre durante il mattino i chirurgi possono recarsi ad assistere alle varie sedute operatorie.

Al Congresso era annessa una esposizione, veramente larga di istrumenti chirurgici, o aventi attinenza con la chirurgia; mentre questa volta lo spazio destinato alla esposizione dei libri era più ristretto.

Molti chirurgi si sono recati a visitare l'Istituto del cancro. Ci è stato guida esperta e cortese il prof. Roussy, che regge questa magnifica istituzione. Egli ha avuto parole assai lusinghiere per l'Istituto del cancro di Roma.

La rappresentanza italiana a questo Congresso è stata abbastanza numerosa.

Il prof. Alessandri di Roma fu nominato fra i presidenti d'onore del Congresso. A. C.



# NOTIZIE DIVERSE.

**Le Forze Sanitarie combattentiste.**

In occasione del XVI annuale della Vittoria si sono adunate a Roma le forze sanitarie che hanno dato un generoso contributo di valore e di sangue all'ultima grande guerra.

Il segretario del Sindacato nazionale fascista dei medici, on. Eugenio Morelli, cui si deve l'iniziativa, ha illustrato in precedenza, per radio, il significato del raduno ed ha rivolto un caldo saluto al Corpo sanitario.

Il raduno è stato imponente. Organizzatosi in un corteo che ha sfilato per le vie di Roma, ha avuto per meta l'altare della Patria a Piazza Venezia, ove il Duce ha rivolto ai sanitari parole di simpatia, che hanno suscitato dimostrazioni entusiastiche.

Una imponente cerimonia si è svolta all'Augusteo; l'on. prof. Paolucci, medaglia d'oro, pronunziò un magnifico ed efficace discorso; parlarono anche l'on. prof. Morelli e Alessandro Pavolini.

La manifestazione ha avuto il più largo consenso nella stampa, la quale ne ha dato amplissimi resoconti, il che ci esime dal farne la cronaca.

Si è anche organizzata una riuscitissima mostra sanitaria nella Passeggiata Archeologica.

Circa 2500 medici si sono recati a rendere omaggio a Sua Santità.

**11° Congresso italiano di medicina del lavoro.**

Si è svolto a Torino l'11° Congresso della società italiana di medicina del lavoro.

L'inaugurazione ebbe luogo solennemente nell'Aula Magna dell'Ateneo, il 29 ottobre, con l'intervento del sottosegretario on. Arcangeli in rappresentanza del Governo, di gerarchi, autorità, professori e medici di ogni parte d'Italia.

Il sen. prof. Devoto, nella qualità di presidente della Commissione internazionale permanente della medicina del lavoro, ha ringraziato l'on. Arcangeli, il Magnifico Rettore, le autorità e i convenuti; ha innalzato un reverente omaggio al Duce, cui si deve la realizzazione degli sforzi concordi di tutti gli studiosi della medicina del lavoro; si è compiaciuto che il Congresso, la cui importanza nazionale scaturisce dalla recente entrata in vigore della legge sulle assicurazioni contro le malattie professionali, abbia luogo nella città di Torino ove da moltissimi anni la clinica delle malattie professionali svolge attività feconda. Ha concluso con un devoto omaggio al Re e al Duce.

Il presidente del Congresso prof. Quarelli ha ringraziato l'on. Arcangeli e tutti gli enti che hanno contribuito tangibilmente alla riuscita del Congresso. Ha pregato l'on. Arcangeli di portare al Duce il riconoscente e reverente saluto dei partecipanti.

Il segretario generale del Congresso, dott. Vigliani, ha dato lettura delle adesioni e dei contributi finanziarii dei vari enti ed ha comunicato che il numero dei partecipanti ascende a 385 e il numero delle comunicazioni a 153.

Il preside della Facoltà di medicina prof. Arnaldo Maggiora-Vergano ha espresso il compiacimento della Facoltà di ospitare una così eletta accolta di studiosi. Il podestà ha porto il saluto della città.

Aperto il Congresso in nome del Re, l'on. Ageo Arcangeli ha ordinato il saluto al Duce. Ha poi pronunciato un breve discorso, nel quale ha ram-

mentato l'origine schiettamente mussoliniana della legge 1° luglio 1934 sull'obbligo di assicurazione in talune categorie professionali, legge che completando il decreto 29 marzo 1929 ha dato inizio alla realizzazione del programma assicurativo implicito nella proposizione 27 della Carta del Lavoro. Dopo un caldo saluto a Torino, l'on. Arcangeli ha terminato al grido di « Viva il Re! » « Viva il Duce! ».

I lavori si sono subito iniziati e si sono protratti fino al 31 ottobre. Ne daremo un resoconto in un prossimo numero.

Alla cerimonia di chiusura il sen. Devoto ha rivolto un ringraziamento al comitato organizzatore ed ha esaltato la politica sociale del Regime fascista.

I congressisti hanno compiuto varie visite, a officine e ospedali.

### 2° Congresso italiano radio-neuro-chirurgico.

Nell'Aula Magna della R. Università di Milano il 30 ottobre si è inaugurato il secondo Congresso della Società radio-neuro-chirurgica che si propone, come abbiamo già detto, di riunire in una efficace collaborazione al servizio della scienza e del progresso clinico i medici che si sono specializzati in neurologia, radiologia e chirurgia.

Intervennero al Congresso oltre alle più eminenti figure della radiologia, della neuropatologia e della chirurgia italiana, vari scienziati stranieri.

Alla seduta inaugurale del Congresso ha conferito solennità la presenza di S. A. R. il Duca di Bergamo, intorno al quale erano S. E. il Prefetto gr. uff. Fornaciari, il vice-podestà nob. Pini per il Comune, mons. Monti per il card. Schuster, un rappresentante di Rino Parenti e della Federazione fascista, il Rettore della R. Università prof. Livini, il Rettore dell'Università Cattolica padre Gemelli ed altre personalità. Numerosa era la rappresentanza straniera, fra cui i proff. Kobler di Ginevra, Barré di Strasburgo, Alexander di Vienna, De Martel di Parigi.

Dopo la lettura, fatta dal segretario, delle numerose e notevoli adesioni, il prof. Livini ha recato agli intervenuti il saluto dell'Ateneo milanese.

Il prof. Mario Donati ha ringraziato S. A. R. il Duca di Bergamo, e le personalità il cui intervento ha dimostrato quanto interesse susciti la manifestazione anche al di fuori del campo medico.

L'oratore, accennando alle risorse che offrono la terapia chirurgica e la terapia radiologica, ha affermato che se si vuole più rapidamente e con maggior perfezione giungere alla diagnosi, alle indicazioni terapeutiche, nonchè alla cura chirurgica e radiologica nel campo del sistema nervoso, occorre si formi, specialmente nei medici generici la coscienza della frequenza di queste affezioni. Ha inoltre sostenuto la necessità che le nuove generazioni di medici si dedichino con amore allo studio della neurologia.

Il prof. Donati ha concluso dicendo: « Il nostro lavoro si inizia all'alba dell'anno XIII, che è stato definito « anno cruciale ». Noi lo intraprendiamo con lo spirito ancora commosso dalle rievocazioni e dalle esaltazioni recenti, e con la ferma volontà di marciare nel solco tracciato dal Capo: « Il passato non è che una pedana dalla quale si prende lo slancio verso il più superbo avvenire ».

I lavori si sono subito iniziati ed hanno proseguito il 31 ottobre. Si sono svolti sul tema: « Criteri di indagine nelle affezioni del neurasse »; relatori: per la parte radiologica il prof. M. Bertolotti di Torino; per la parte neurologica il prof. G. Boschi di Ferrara; per la parte chirurgica il prof. sen. R. Bastianelli di Roma.

I congressisti sono stati ricevuti al palazzo podestarile.

Il prossimo congresso avrà luogo a Siena fra due anni; presidente del comitato è il prof. G. Ayala, direttore di quella Clinica neurologica.

### 2° Congresso internazionale di neurologia.

È indetto a Londra dal 29 luglio al 2 agosto 1935. Verranno discussi 4 temi: le epilessie; fisiologia e patologia del liquido cerebro-spinale; funzioni del lobo frontale; l'ipotalamo e il sistema autonomo cerebrale. La discussione dei temi ufficiali avrà luogo nelle sedute antimeridiane; le comunicazioni verranno riservate alle sedute pomeridiane, e non potranno eccedere la durata di 10 minuti ciascuna. Le comunicazioni devono essere approvate in precedenza; se ne deve mandare alla segreteria il titolo accompagnato da un breve sunto (in inglese, francese o tedesco; converrà chiedere il riconoscimento della lingua italiana tra quelle ufficiali). Segretario generale è il Dr. S. A. Kinnier Wilson, Harley Street 14, London. La Compagnia Thomas Cook and Son è incaricata dei viaggi, degli alloggi e di quanto concerne l'organizzazione pratica.

### Unione terapeutica internazionale.

Sotto gli auspici della « Société française de Thérapeutique », che ha 70 anni di vita, si è costituita a Parigi, il 20 ottobre, l'Unione terapeutica internazionale, cui hanno già dato la loro adesione 250 studiosi di tutti i Paesi; conterà medici, chimici, farmacisti, veterinari, fisioterapisti, biologi, batteriologi ecc.

L'Ufficio è stato così costituito: prof. Loeper presidente; prof. Leven segretario generale; dott. Laemmer segretario; proff. Zunz, Pereaux e dott. Fulton vice-presidenti; sig. Babonneix archivista; per l'Italia sono membri: Ascoli, Pende e Piccinini. La nuova associazione si adunerà una volta l'anno, in sedute plenarie, per l'esame dei problemi posti all'ordine del giorno nelle varie Sezioni; ogni tre anni si terrà un congresso. Sarà costituita una biblioteca di estratti, che i soci invieranno regolarmente.

Il primo congresso si terrà in Svizzera nel 1936, sotto la presidenza del prof. Burgi di Berna.

Rivolgersi al segretario generale della Società, Dr. G. Leven, rue de Téhéran 24, Paris VIIIe, Francia.

### Società di medicina ed igiene coloniale.

In occasione del V Congresso di Medicina ed Igiene Coloniale tenutosi in Napoli dal 1° al 5 ottobre u. s., si è riunita l'assemblea generale dei soci, che ha proceduto alla nomina del nuovo Consiglio direttivo, il quale è risultato così composto: presidente sen. prof. A. Castellani; vice-presidenti proff. G. Alessandrini, G. Castronuovo, G. Franchini, G. B. Mariotti-Bianchi, F. Pullè, M. Peruzzi; segretario generale prof. Igino Jacono; vice-segretario dott. Giuseppe Acanfora; economo-cassiere prof. Mario Levi della Vida; membri: proff. F. Cantani, G. Caronia, F. Croveri, Di Domizio, E. E. Franco, G. Grixoni, B. Gosio, G. Izar, L. Maz-

zetti, R. Onorato, Perrucci, M. Peruzzi, dott. T. Sarnelli. Il presidente ha delegato il gen. Mariotti Bianchi a sostituirlo durante la sua assenza.

**Nuove Stazioni sanitarie nell'Agro Romano.**

Il Governatorato di Roma, seguendo il programma già predisposto per dotare il vasto territorio dell'Agro Romano di edifici da adibirsi a stazione sanitaria, nell'intento di corrispondere nel miglior modo possibile alle esigenze sanitarie delle varie località, sin dal 1929 diede notevole impulso alle costruzioni suddette. Infatti, dal 1929 ad oggi, sono state costruite in Agro Romano n. 13 Stazioni Sanitarie.

Il 28 ottobre, nell'annuale della Rivoluzione, furono inaugurate altre due nuove stazioni sanitarie: a San Vittorino e a Pratica di Mare.

L'edificio della stazione sanitaria di San Vittorino sorge su di un terreno della superficie di circa 1800 metri quadrati appositamente acquistato e situato all'ingresso della Borgata. Esso ricopre una superficie di 275 metri quadrati ed ha una cubatura di 2000 metri circa. Si compone di due piani oltre i locali scantinati.

Il terreno circostante l'edificio, di natura accidentale ed in pendio, è stato sistemato convenientemente a ripiani con piccole scogliere che racchiudono aiuole con piante ornamentali. L'edificio è dotato di acqua potabile (acqua Marcia), di un impianto di luce elettrica e di un impianto di termosifone.

L'edificio della stazione sanitaria a Pratica di Mare sorge su di un'area appositamente acquistata presso la piccole borgata anzidetta, con accesso dalla via di bonifica, denominata della Crocetta. Esso ricopre una superficie di 280 metri quadrati ed ha una cubatura di 2900 metri.

**L'aeroplano come mezzo di trasporto professionale.**

Vi sono oggi dei consulenti che usano saltuariamente l'aeroplano come mezzo di trasporto; è noto, anzi, che il prof. R. Bastianelli pilota da sè il proprio aeroplano. Ma vi è un medico, in Australia, che usa correntemente tale mezzo di trasporto per visitare i propri malati, coloni sperduti in una regione al centro del Queensland. Il raggio d'azione si estenderebbe per un territorio di circa 100.000 chilometri quadrati (il che corrisponde ad un quadrato col lato di circa 317 km.). Il medico riceve le chiamate per telegrafo o per radio ed eventualmente trasmette le prescrizioni o le ricette con lo stesso mezzo (resta a vedere se anche il farmacista si trova nelle stesse condizioni!). In caso di bisogno, il medico si reca sul posto col suo aeroplano, in cui è anche installata una camera operatoria; se occorre, trasporta il malato all'ospedale. Negli ultimi quattro anni, tale medico ha percorso in volo circa mezzo milione di chilometri per visitare i suoi malati.

A quando l'inclusione dell'aeroplano come mezzo di trasporto nei concorsi per medici condotti?

**Le lotterie per gli ospedali australiani.**

Fin dal 1920 lo Stato di Queensland ha istituito una lotteria per venire in aiuto degli ospedali; sono stati così raccolti 3 milioni di sterline (175 milioni di lire it. al cambio attuale); di questa somma il 53 % è andata in premi, il 20 % per spese di organizzazione e di propaganda e solo il 27 % è toccato agli ospedali. Una parte considerevole del denaro proveniva dal ricco Stato della Nuova Galles del Sud, ove sono sorte molte opposizioni contro la lotteria dello Stato confinante; infine vi si è organizzata una nuova lotteria, ponendo però delle limitazioni: per es. i biglietti non possono superare il costo di 5 scellini e 3 pence. Il Queensland ne ha profittato per istituire una seconda lotteria, con biglietti a 1 sterlina: si sono tenute fin'ora 5 estrazioni su questa nuova base; ciascuna di esse ha drenato circa 50.000 sterline (3 milioni di lire it.) dalla Nuova Galles del Sud verso il Queensland. Un fatto strano è che i biglietti sono divisibili in 7 sezioni, e queste vendibili ad uno scellino, cioè ad un prezzo più alto del valore nominale: la differenza va tutta a beneficio dei rivenditori; si calcola che per tal modo siano andate perdute 100.000 sterline (circa 7 milioni di lire it.). Si svolgono ora forti discussioni sulla moralità di tali intraprese, che dal punto di vista del finanziamento degli ospedali costituiscono un grande successo. Interessa di seguirle, non solo a titolo di curiosità, ma anche di ammaestramento.

**Decorazioni al valor civile.**

Con deliberazione recente l'Associazione « Nastro tricolore » fra decorati al valor civile ha deciso di ammettere a far parte della stessa Società anche i decorati per aver partecipato all'opera di soccorso per il terremoto Calabro-Siculo del 1908.

I sanitari, i militi della Croce Rossa e i volontari che già sono fregiati della medaglia commemorativa sono invitati a inviare il loro indirizzo alla Sezione del « Nastro tricolore », Milano, corso Magenta 55.

**Un po' dovunque.**

La 103ª riunione annuale dell'Associazione Medica Britannica si terrà a Melbourne (Australia) dal 9 al 16 settembre 1935, sotto la presidenza di sir Richard Stawell. Sarà divisa in 14 Sezioni.

La Società radiologica del Nord America terrà la sua 20ª adunanza annuale dal 3 al 7 dicembre, in Memphis, Tennessee. Segretario: Dr. Donald S. Childs, Medical Art Building 607, Syracuse, N. Y., S. U. d'A.

Il prossimo congresso francese d'ortopedia si terrà a Bruxelles il 4 ottobre 1935.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 4 ottobre, sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. V. Gallina. Furono fatte comunicazioni da: U. Clerici Bagozzi, M. Lupo, P. Fornara, G. P. Capuani.

Un corso biennale di perfezionamento in pediatria avrà inizio prossimamente presso la R. Università di Pisa; domande fino al 15 novembre alla segreteria universitaria.

La Fondazione Rockefeller ha assegnato un milione di dollari (circa 12 milioni di lire it.) all'Istituto neurologico dell'Università McGill di Montréal (Canadà). Questa assegnazione prende il posto dei contributi che prima venivano corrisposti in ragione di 50.000 dollari l'anno; inoltre la Fondazione aveva già assegnato 232.000 dollari per la costruzione e l'arredamento dell'Istituto. La provincia di Quebéc contribuisce alla manutenzione di esso con 20.000 dollari canadesi l'anno e la

città di Montréal con 15.000. L'Istituto è diretto dal prof. Wilder G. Penfield.

Nell'Università McGill di Montréal (Canadà) si è fondato un Istituto di parassitologia; è diretto dal prof. Thomas Wright Moir Cameron. La spesa per la costruzione è stata sostenuta dal Governatorato di Québec; la spesa di manutenzione è stata assunta dal Consiglio Nazionale della Ricerca.

È stato organizzato a Tokio un Istituto oncologico; è diretto dal dott. M. Nagayo; v'è annesso un ospedale, diretto dal dott. R. Inada. Come abbiamo già detto la Fondazione Mitsui ha destinato all'Istituto 5 grammi di bromuro e di solfato di radium, del valore di 1 milione di yen (3 milioni e mezzo di lire it.).

Nell'aerodromo Bourget presso Parigi è stato organizzato un laboratorio fisiologico intitolato « padiglione Paolo Bert » e affidato al dott. Garsaux; dispone di tutti i mezzi moderni d'indagine per l'esame degli avieri e dei candidati avieri e per lo studio dei disturbi presentati durante il volo e dopo.

A Bari per interessamento del clinico medico prof. Luigi Ferrannini e con l'appoggio del rettore prof. Mariani si è costituito un Consorzio fra Provincia, Comune ed Ospedale, per provvedere al finanziamento di un servizio antidiabetico, il quale già funziona con ottimi risultati.

L'on. prof. A. Perna, direttore dell'Istituto Eastman di Roma, ha ricevuto una commissione sanitaria svedese, con a capo i dottori J. N. Sandblon e O. Strandberg. Questi dirigerà un istituto omologo che sta per sorgere a Stoccolma.

Alla Conferenza farmaceutica britannica il presidente, dott. C. H. Hampshire, ha lumeggiato l'utilità di una Farmacopea internazionale, ora che i rapporti tra le Nazioni sono molto intensificati. Accade, per es., che un medico inglese trovi una formola in un periodico straniero e la prescriva; ma le dosi risultano del tutto alterate, perchè si riferiscono ad un'altra Farmacopea, e possono derivarne dei danni. Si è costretti a rinunziare a queste prescrizioni, e quindi a non recare ai malati i benefizi che avrebbero potuto conseguirne (non essendo concepibile che i medici e i farmacisti posseggano più Farmacopee per i ragguagli).

Il Dipartimento di sanità della California ha stabilito che il dinitrofenolo non possa essere venduto dai farmacisti che su prescrizione medica.

In Inghilterra il Comitato consulente per le imposte sulle importazioni ha proposto un aumento del 20 % sui diritti doganali per gli strumenti chirurgici; la relazione rileva che è desiderabile di promuovere una « sana industria chirurgica » locale, esimendosi, così, dalle importazioni dall'estero.

A Filadelfia è stato organizzato uno studio dei pollini sospesi nell'aria; la raccolta di campioni d'aria a varie altezze viene fatta per mezzo di aeroplani; è previsto uno studio della durata di quattro anni. Le ricerche sono state inaugurate con alcune conferenze, tenute dall'ufficiale sanitario statale T. B. Appel, dal direttore dell'ufficio d'igiene J. N. Henry e da altri.

È annunziata la pubblicazione del periodico « Cosmobiologie », destinato allo studio delle relazioni tra la vita terrestre e le forze dell'universo. Sede: rue Verdi 24, Nizza; ivi possono richiedersi tutte le informazioni.

La « Société Médicale du Littoral Méditerranéen Français » ha organizzato l'11° viaggio internazionale per i giorni 26 dicembre 1934-3 gennaio 1935. Per informazioni rivolgersi alla segreteria, rue Verdi 24, Nizza.

L'Accademia di Medicina di Cleveland ha organizzato una gara di poesie tra medici, per il 10 novembre; i componimenti non devono superare 40 versi; il vincitore riceverà una coppa d'argento.

A Kansas City il dott. L. Clendering ha tenuto novembre, a due illustrazioni della scienza. Il sica ».

Le Università italiane devono rinunziare, col 1° novembre, a due illustrazioni della scienza: il prof. Giulio Chiarugi, di anatomia umana a Firenze, e il prof. Eugenio Di Mattei, d'igiene a Catania, raggiungono i limiti di età.

Il dott. Verdes Montenegro ha rassegnato le dimissioni da direttore generale di Sanità della Spagna ed ha riassunto la direzione del Dispensario antitubercolare detto « de la Peñuelas ».

L'Ospedale Militare di Mons è stato intitolato al nome del sottotenente medico Vinghergnier, morto gloriosamente in guerra. Il 24 ottobre sulla facciata dell'ospedale venne apposta una targa in memoria del giovane e valoroso collega.

L'Ufficio per l'esame e la registrazione dei medici dello Stato d'Indiana (Stati Uniti d'America) ha proposto che la pratica dell'anestesia venga riservata ai soli medici, mentre ora viene affidata anche ad infermiere.

È giunta alla Corte Suprema dell'Ohio (Stati Uniti) una causa determinata dalla vaccinazione jenneriana imposta da una Società industriale ad un operaio, come condizione d'impiego; seguì un'infezione, che ebbe esito letale. Questo è stato considerato dalla Corte come infortunio sul lavoro e la Società dovrà indennizzare la vedova dell'infortunato.

Una giovane cinese nelle vicinanze di Canton avrebbe messo al mondo contemporaneamente otto gemelli, vivi e vitali. I genitori sperano onori e ricchezze dalla prole, avendo visto in sogno sette stelle e una luna, il che corrisponde ai sette maschi e alla femmina e, tra i cinesi, è indice di fortuna.

Il dott. Francesco Venier, di Maniago, già valoroso ufficiale degli alpini ed ora presidente di una Sezione di Mutilati, ha proceduto da sè alla disarticolazione metatarso-falangea del 2° e del 3° dito del piede, per postumi di antico congelamento.

Il noto chirurgo prof. Victor Pauchet di Parigi ha riportato un grave infortunio, mentre attraversava, in automobile, l'avenue des Champs-Elisée. Ricoverato nell'Ospedale Beaujon con lesioni multiple e commozione cerebrale, andò presto migliorando e dopo qualche giorno potè essere trasportato nella sua clinica privata, della rue de Turin. Gli sono giunte moltissime attestazioni di simpatia, cui aggiungiamo le nostre.

## RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Journal A. M. A.*, 28 lug. — Immunizzazione antidifterica con tossoide da allume, in dose unica. — M. B. BRAHDY e M. LENARSKY. Difficoltà d'inghiottire nella poliomielite. — J. S. SWEENEY. Edema mestruale.

*Presse Méd.*, 11 ag. — R. THIBAULT e L. LEBOURG. Febbre dentaria.

*Journ. d. Prat.*, 11 ag. — P. MAURIAC. I diabeti intermittenti.

*Riv. San. Sic.*, 1 ag. — G. EPIFANIO. Attualità di radiologia clinica nella tbc. polm.

*Riv. di Patol. nerv. e ment.*, mag.-giu. — P. E. MASPES e F. VISINTINI. Cronassia nella sindrome catatonica e nella sua interruzione sperimentale. — F. VISINTINI. Cronassia di subordinazione. — D. BOLSI e F. VISENTINI. Condizioni della trasmissione dell'influsso nervoso. — P. E. MASPES. Glioma del midollo spinale diffuso alle meningi. — A. PACIFICO. Disturbi della puntura lombare.

*Wien. Klin. Woch.*, 10 ag. — TCLEKY. Reumatismo e mestiere.

*Klin. Woch.*, 11 ag. — J. MONGUIÓ e F. KRAUSE. Valutazione funzionale del fegato. — M. SCHEPS. Eziologia dell'ipertonia essenziale e dell'eclampsia.

*Deut. Med. Woch.*, 10 ag. — LENTZ. Ereditarietà nelle malattie interne. — MOLL e al. Sulla vitamina C.

*Amer. Journ. Med. Sc.*, ag. — F. M. POTTENGER. Trattam. operativo e non operativo della tbc. polm. — M. GOLDHEMER e al. Il fegato nell'ematopoiesi. — J. R. H. SMITH. Radiazione solare e mortalità da anemia pern. negli Stati Uniti. — N. J. BURDEN. Albuminuria funzionale persistente. — S. BROSH e al. Trattam. dell'emicrania.

*Wien. Klin. Woch.*, 17 ag. — HITZENBERGER. Azione del salasso.

*Journ. Nerv. a. Ment. Dis.*, ag. — A. J. ROSANOFF e al. Fattori sessuali dell'intelligenza. — J. H. MASSERMANN. Idrodinamica intracranica. — G. A. TOURAINE. L'emicranico.

*Presse Méd.*, 15 ag. — A. SALMON. Meccanismo della febbre.

*Surg., Gyn. a. Obst.*, ag. — M. HARBIN e al. Proprietà dell'osso trapiantato. — E. E. ARNHEIM. Per ridurre la mortalità da appendicite acuta.

*Arch. intern. Med.*, lug. — P. E. STEINER. Eziologia del morbo di Hodgkin. — K. E. COX e al. L'artrite cron. — H. L. BLUMGART. L'azione dei diuretici. — F. D. GUNN e al. Osteomalacia in un uomo.

*Trop. Dis. Bull.*, ag. — J. BALFOUR KIRK. La malaria a Maurizio.

*Ann. d'Ig.*, lug. — E. ZAPATERO. Variazione del Bacterium typhosum. — F. M. MARRAS e W. OMAR. Influenza dei terreni irradiati con raggi U. V. sui microrganismi.

*Rass. di Ter. e Pat. Clin.*, giu. — M. MARTORO. Le cure fisiche e il regime igienico nelle cefalee.

*Rinasc. Med.*, 15 ag. — A. FABRIZIO. Le azotemie nervose. — P. COZZA. Complicanze tardive d'infezione tifoidea.

*Minerva Med.*, 18 ag. — G. FERRO-LUZZI. Iperazotemia da riassorbimento tubulare retrogrado. — G. MINERBI. Il « riflesso maschàlo-frenico tonotropo ».

*Presse Méd.*, 18 ag'. — A. JOUSSET. Esiste un ultra-virus tbc. ?

*Arch. per le Sc. Med.*, ag. — G. GIORDANENGO Lo spazio peridurale.

*Rif. Med.*, 4 ag. — S. CACCURI. Gli effetti controlaterali del pneumotorace.

*Morgagni*, 22 ag. — D. GIORDANO. Lo stomaco sentinella del ventre.

*Studium*, 1 ag. — F. BRÜNN. Edema polmon. e asma cardiaco.

*Arch. It. di Chir.*, lug. — E. GIOJA. Fistole del duodeno. — B. AUSTONI e G. COGGI. Fosfatasi tissulare e plasmatica.

*Münch. Med. Woch.*, 17 ag. — H. KÜSTNER. Aumento della secrez. lattea. — L. KROHMANN. Morbo di Bang con emorragia gastr.

*Giorn. di Batteriol. e Immunol.*, ag. — E. LUCCA. Localizzaz. elettiva dello stafilococco piog. nelle articolaz. — I MOLINARI. Ricerca dei portatori difterici sani. — A. VELICOGNA. Reaz. di Schik nel morbillo.

*Riv. San. Sicil.*, 15 ag. — G. IZAR. Le onde corte in terapia.

*Presse Méd.*, 22 ag. — J. STEPHANI e H. MOLLARD. La tbc. ha sempre un'espressione radiologica ?

*Wien. Klin. Woch.*, 24 ag. — RAAB. Morbo di Cushing (adenoma basofilo del lobo anter. dell'ipofisi).

*Journal A. M. A.*, 11 ag. — J. MEAKINS e R. V. CHRISTIE. Trattam. dell'enfisema. — R. T. FRANK e al. Terapia ormonica nella donna.

*Gaz. d. Hôp.*, 25 ag. — G. FARNARIER. Tipi clinici d'azotemia.

*Med. Welt*, 18 ag. — N. HENNING. I principî antiperniciosi. — W. SCHULTZ. Le malattie leucopeniche. — 25 ag. W. v. BREHMER e al. Siphonospora polimorfa: nuovo microrganismo del cancro.

*Paris Méd.*, 25 ag. — E. TÉCZONEYRES. Gli effetti benefici dell'igiene.

*Prensa Méd. Argent.*, 18 lug. — F. D'ANGELO. Trattam. dell'emottisi col metodo Giuffrida. — M. M. GALLINA e P. A. MAISSA. Diagn. radiologica delle suppuraz. polmon.

*Münch. Med. Woch.*, 24 ag. — G. SCHILDER. Trattam. degli accessi di tachicardia parossistica.

*Clin. Chir.*, lug.-ag. — L. MORICONI. Decapsulaz. renale e simpatectomia periarteriosa nelle nefriti suppurative. — G. D'ANTONA. Appendice associata a colecistite e ulcera g.-d. — R. GRASSO. Trattam. dell'anuria da shock emolitico.

*Practitioner*, sett. — Numero sull'alleviamento del dolore.

*Journ. des Praticiens*, 1 sett. — E. TERRIEN. Febbre digestiva del lattante.

*Pathologica*, 15 ag. — M. REVELLO. Reazioni periferiche negli ascessi cerebrali. — R. PASTORE. Osteogenesi imperfette.

*Münch. Med. Woch.*, 31 ag. — A. BÖRGER e H. SCHRÖDER. Trattam. delle emorragie gravi da diatesi emorragica con vitamina C. — P. A. POPOW. Sostanze coleretiche.

*Morgagni*, 2 sett. — P. CAMMARANO. Lipocele strozzato. — G. LUCREZI. L'ipertensione permanente.

*Minerva Med.*, 1 sett. — F. PENATI. Modificazioni dell'elettrocardiogramma nelle crisi di angina di petto. — N. BAUN. Aritmia assoluta da insulina.

*Rinascenza Med.*, 31 ag. — G. USNELLI. Alcooltерapia endovenosa nella tbc. polm. — T. CIMA. Bozza sopraclavicolare dei pletorici.

*Riv. Ospedal.*, giu. — R. LERICHE e al. Chirurgia del simpatico.

*Croce Rossa*, lug. — Numero sugli organi della respirazione.

*Lancet*, 1 sett. — E. LAKIN. Disturbi della temperatura cutanea. — L. COLE. Tetano trattato con curaro.

*Mediz. Welt*, 1 sett. — G. A. CHIURCO. Rapporti tra poliposi e carcinoma del retto.

*Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg.*, sett. — P. MÜHLENS. Plasmodium ovale.

*Arch. It. di Chir.*, ag. — G. NOGARA. Tumori maligni delle glandole salivari. — G. MEZZACUVA. Oncologia sperimentale.

## CRONACA EPIDEMIOLOGICA

### Le malattie infettive in Italia.

### Mese di Marzo 1934

| Malattie | 5-11 | | 12-18 | | 19-25 | | 26-1/Ap. | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi | Comuni infetti | Casi |
| Morbillo | 324 | 2478 | 328 | 2099 | 324 | 2579 | 325 | 2372 | — | — |
| Scarlattina | 165 | 280 | 109 | 271 | 103 | 258 | 95 | 228 | — | — |
| Varicella | 165 | 409 | 127 | 458 | 128 | 326 | 105 | 340 | — | — |
| Vaiuolo e Vaiuoloide | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Tifo addominale | 116 | 202 | 129 | 217 | 91 | 158 | 115 | 183 | — | — |
| Difterite e Croup | 285 | 508 | 294 | 476 | 253 | 492 | 228 | 398 | — | — |
| Meningite cerebro-spinale | 16 | 17 | 9 | 10 | 16 | 17 | 13 | 16 | — | — |
| Poliomielite cutanea ac. | 9 | 9 | 6 | 6 | 6 | 6 | 1 | 1 | — | — |
| Encefalite letargica | 2 | 2 | 8 | 8 | 1 | 1 | 3 | 3 | — | — |
| Dissenteria | 6 | 6 | 9 | 10 | 3 | 3 | 7 | 9 | — | — |
| Pustola maligna | 9 | 9 | 8 | 8 | 9 | 13 | 8 | 9 | — | — |

**Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia.**



## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 19 Novembre 1934 - XIII Num. 46

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. C. FRUGONI.

### Un caso di sclerodermia con calcificazioni operato di paratiroidectomia.

VITTORIO PUDDU.

La questione delle sindromi cliniche da iperparatiroidismo è all'ordine del giorno. In rapporto a tale problema l'osservazione di un caso di sclerodermia con calcificazioni multiple, offre l'occasione per qualche considerazione sulla forma morbosa presente nella malata e sul trattamento a cui essa fu sottoposta.

Già da tempo era stata constatata nella sclerodermia la non rara esistenza di disturbi del metabolismo calcico (alterazioni osteo-articolari, forme con calcificazioni): Pautrier e Zorn e contemporaneamente Naegeli (1929) fecero notare la notevole frequenza del reperto di una ipercalcemia negli sclerodermici. Il dato fu confermato da Jung e Chinassi Hakki.

Basandosi su tale reperto e sulla conoscenza della frequente associazione di alterazioni anatomo-cliniche riferibili a disturbi del metabolismo calcico e collegando questi fatti con le recenti nozioni sulle sindromi iperparatiroidee, Leriche e Jung (1913) praticarono le prime paratiroidectomie in malati di tale affezione con ottimi risultati. Nella tabella che segue sono raggruppati i casi di sclerodermia operati di asportazione o di soppressione funzionale di paratiroidi, che potemmo riscontrare nella letteratura.

CASO PERSONALE.

T. Rosa, di anni 44, ricoverata in Clinica il 12 maggio 1933. Nessun dato degno di rilievo nella sua anamnesi familiare. Le mestruazioni, iniziate a undici anni di età sono sempre state regolari per quantità e qualità, talora bimensili. Ebbe una gravidanza normale. Abitudini di vita ed alimentazione regolari.

Nel 1915 ebbero inizio disturbi vasomotori a carico delle dita di ambedue le mani, consistenti in crisi asfittiche, scarsamente dolorose. Dopo 4 anni di tale sintomatologia, che era sempre più

| | Autore | Sesso ed età | Coesistenza di calcinosi | Calcemia mmg. % cc. | Intervento | Risultato | Reperto operat. | Tempo di osservaz. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Leriche e Jung | F., 34 | — | 11,3 | Paratiroidect. (1 P.) | Miglioramento transitorio | P. norm. | 3 m. |
| 2 | Id. id. | F., 32 | — | 10,5 | Id. | Ottimo durat. | Id. | 12 m. |
| 3 | Id. id. | F., 60 | — | 11,2 | Resez. art. tir. i. d. | Guarigione | — | 15 m |
| 4 | Id. id. | F., 34 | — | 11,5 | Paratiroidect. (1 P.) e simpatect. | Miglioramento | P. norm. | ? |
| 5 | Id. id. | F., 57 | — | 11,0 | Id. | Id. | Id. | ? |
| 6 | Id. id. | ? | — | 11,0 | Id. | Id. | Id. | ? |
| 7 | Id. id. | ? | — | ? | Nullo | Nullo | — | ? |
| 8 | Moulonguet | ? | + | 11,8 | Paratiroidect. (adenoma) | Id. | Adenoma | 15 m. |
| 9 | Guy-Laroche e Gregoire | ? | — | ? | Paratiroidectomia | Miglioramento transitorio | P. norm. | ? |
| 10 | Id. id. | ? | — | ? | Id. | Id. | Id. | ? |
| 11 | Mathieu, Pinard, Fiehrer | F., 61 | + | 9,8 2 mesi dopo l'interv. | Paratiroidect. (2 P.) | Id. | Id. | 11 m. |
| 12 | Ballin | ? | — | ? | Paratiroidectomia | Miglioramento | ? | ? |
| 13 | Cutler | ? | — | ? | Paratiroidectomia e simpatect. | Id. | ? | ? |
| 14 | Donati | F., 22 | — | 14,0 | Paratiroidect. (2 P.) e sez. 2 art. tiroid. | Miglioramento transitorio | P. norm. | 3 m. |
| 15 | Paggi | M., 42 | — | 11,5 | Legat. 3 art. tiroid. | Nullo | — | 2 m. |

evidente nella stagione invernale, si ebbe, come esito di una crisi angiospastica particolarmente grave, la cancrena di due falangi distali della mano sinistra, che vennero amputate. Fu posta la diagnosi di morbo di Raynaud. La malata in seguito, per consiglio medico, mutò soggiorno stabilendosi in località a clima più mite: da allora non vide più comparire disturbi di tal sorta.

Nel 1927 iniziarono fenomeni dolorosi a carico delle grandi articolazioni, estesi poi anche alle piccole: le articolazioni, che erano colpite saltuariamente, presentavano dolore, tumefazione, e limitazione del movimento: tali fenomeni erano accompagnati da modici rialzi febbrili. Questi episodi che si succedevano allora ogni 15-20 giorni, con interposte tregue di benessere nelle quali le articolazioni colpite tornavano normali, si andarono in seguito attenuando per intensità, divennero afebbrili, furono separati da intervalli più lunghi: non cessarono però mai del tutto. Le articolazioni offese, mentre all'inizio tornavano completamente normali dopo ogni accesso, cominciarono in seguito a presentare a poco a poco deformità persistenti e limitazioni stabili della motilità. Tali disturbi permanenti si ebbero dapprima alle ginocchia ed ai gomiti: solo più tardi si insediarono anche nelle mani, le cui dita assunsero a poco a poco una posizione fissa di flessione palmare con lieve deviazione ulnare.

Contemporaneamente allo stabilirsi dei disturbi articolari, comparvero anche, assai lentamente, alterazioni del trofismo cutaneo al volto e alle mani: la cute si fece liscia, tesa; le rughe e le pliche naturali si appianarono: si ebbe in conclusione lo stabilirsi in tali regioni di un quadro di sclerodermia, non accompagnato da fasi edematose nè da disturbi secretori o sensitivi di particolare rilievo.

La malata presentò inoltre durante questo volgere di anni due episodi morbosi acuti: nel 1930 una pleurite secca sinistra e nell'aprile 1932 una broncopolmonite acuta, ambedue ben sopportate e apparentemente guarite.

La malata presenta obiettivamente una facies di aspetto sclerodermico: le pinne nasali sono sottili, affilate, le labbra assottigliate lasciano in parte scoperti gli incisivi superiori. La cute delle orecchie è assai sottile, i lobuli quasi scomparsi. La pelle, tesa e lucida, è di colorito pallido, di consistenza normale, normalmente grassa, non iperidrosica, non aderente ai piani profondi. Chwostek assente. A carico delle mani il quadro sclerodermico è assai più netto: le dita affusolate verso l'estremità distale, sono coperte di cute liscia, tesa,

lucente, aderente ai piani profondi sulle falangi medie e distali, qua e là con qualche disepitelizzazione e qualche crosticina. Le unghie sono sottili, incurvate, striate. Non vi è iperidrosi. Le dita sono fisse in flessione palmare, e in lieve deviazione ulnare, solo il pollice è scarsamente mobile. Le articolazioni delle dita non sono deformate, salvo che per una sublussazione metacarpo-falangea dell'indice S. Mancano le falangi distali dell'indice e del medio S.

Delle altre articolazioni il ginocchio destro e ambedue i gomiti hanno una motilità limitata;

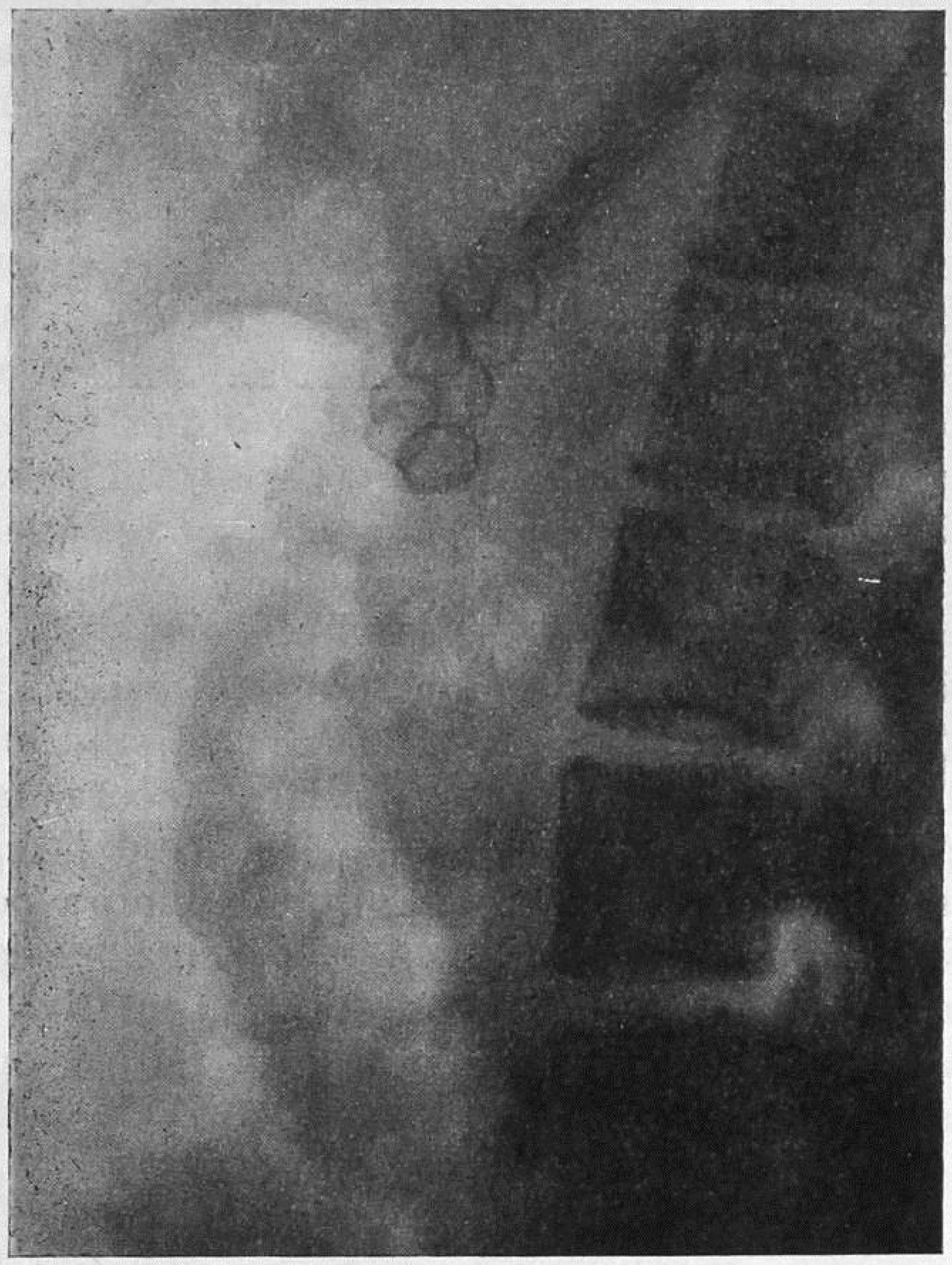


FIG. 1. — Numerosi calcoli nella cistifellea. Presenza di una calcificazione all'altezza della IV L.

il ginocchio sinistro è anchilotico in semiflessione. Tutte queste articolazioni sono ingrossate e si palpano ispessimenti di consistenza fibrosa attorno ai capi ossei e alle capsule e una piccola rilevatezza di consistenza ossea a carico della faccia anteriore di ambedue le rotule.

Il gruppo muscolare posteriore della gamba S. è ipotrofico e di consistenza fibrosa.

Alle articolazioni dei gomiti, sopra il becco dell'olecranon si palpano due piccoli nodi duro-fibrosi, non aderenti alla cute nè ai piani profondi, non dolenti.

L'esame degli organi interni non mette in evidenza nessun dato degno di nota, ove si eccettui che a carico del torace si apprezzano insieme ad una ipofonesi diffusa su tutto l'ambito respiratorio numerosissimi rumori di sfregamento brevi e rudi, specialmente numerosi verso le basi.

Quadro ematologico normale, ove si eccettui una eosinofilia del 7 %. R. W., M. T. R., K. R., negative. Glicemia 0,85 ‰, Uricoemia mmg. 3,60 % cc. Calcemia (metodo Melli) mmg. 11,55 % cc. Pressione arteriosa (Pachon): omerale 110-60, tibiale 120-65. Indice oscillometrico: omerale (D. e S.) 13, tibiale (D. e S.) 8, senza alterazioni di forma dell'oscillogramma. Metabolismo basale + 5.

Esame capillaroscopico: al limbus ungueale anse lunghe, non numerose, ectasiche. Visibile la corrente a tipo granuloso, quasi a rosario. Al polso anse piccole, sottili, scarse di numero. È visibile qualche maglia del plesso venulare. Agli arti inferiori (limbus ungueale e dorso del piede) anse brevi, spastiche, intrecciate e contorte.

L'indagine radiologica mette in evidenza oltre ad un reperto di netta calcolosi biliare (fig. 1), la presenza di un gruppo di calcificazioni irregolari

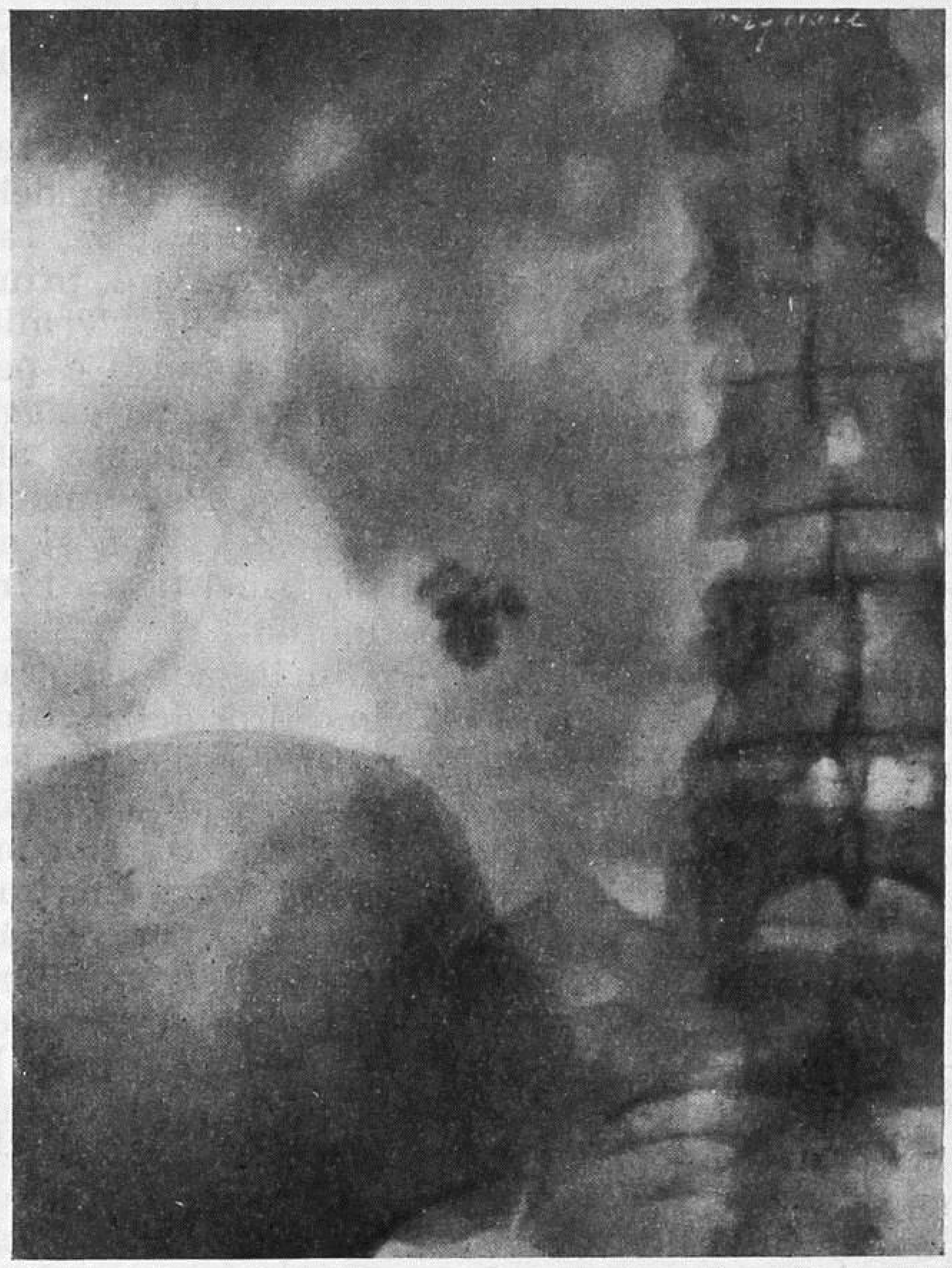


FIG. 2. — Calcificazione all'altezza della IV L.

localizzate alla radice del mesentere (figg. 1-2), e una grandissima quantità di minute calcificazioni pleuriche alla base di ambedue gli emitoraci (fig. 3). In quanto alle alterazioni osteo-articolari esse radiologicamente sono molto meno gravi di quanto potrebbe far pensare lo stato anchilotico di quasi tutte le articolazioni. Esse sono caratterizzate in generale da un certo grado di decalcificazione che si vede specialmente nelle ossa delle estremità, senza però che sia interrotta o minimamente alterata la fine trama delle ossa stesse. Le varie articolazioni mostrano da un massimo di vere e proprie sublussazioni con erosione dei capi articolari (visibili nelle articolazioni interfalangee delle mani) ad una completa e perfetta integrità della articolazione (per esempio l'articolazione del gomito). In altre articolazioni come p. es. in quella del ginocchio si osservano vere e proprie produzioni osteofitiche che deformano i capi articolari e che alterano i contorni della rotula. Oltre a questi fatti, si notano depositi calcarei nei punti d'inserzione di vari tendini e un aumento dell'opacità delle capsule sinoviali. Non sono visibili altre concrezioni calcaree specialmente sottocuta-

nee in corrispondenza dei noduli che si palpano all'esame esterno. È invece nettamente apprezzabile la calcificazione di un breve tratto dell'arteria poplitea destra (fig. 4).

Il 17 maggio 1933 (operatore prof. P. Valdoni) venne asportato un nodulo della grandezza di mm. 4 × 3 × 7 situato a ridosso della superficie esterna inferiore del lobo destro della tiroide. All'esame istologico il nodulo asportato apparve formato di tessuto paratiroideo del tipo a cellule fondamentali, di aspetto normale (fig. 5).

L'esame di un frammento di tessuto tiroideo asportato durante l'intervento, dimostrò l'esistenza di una notevole iperplasia connettivale, con formazione di noduli di connettivo e con qualche deposizione calcarea (fig. 6).

Nei giorni immediatamente successivi all'intervento si osservò un arrossamento del volto della malata che d'ordinario era di colorito pallido. Tale migliorata vascolarizzazione — che in un primo tempo si potè attribuire a qualche rialzo termico post-operatorio — si mantenne in seguito e persiste tuttora a distanza di dieci mesi. Il 23 maggio comparve improvvisamente una contrattura alle mani, che rapidamente si dileguò. Per qualche giorno si potè provocare un Chwostek. Non si ebbero però affatto disturbi tali da giustificare l'impiego di una terapia antispasmofila.

All'inizio dell'agosto si cominciò ad osservare un lieve miglioramento della motilità delle ginocchia, e tale miglioramento continuò, sempre lentissimo, in seguito: tanto che a distanza di cinque mesi dall'intervento, il ginocchio S., che prima era completamente anchilotico, aveva una motilità di circa 20° ed il ginocchio D. aveva raggiunto una motilità quasi normale. Il miglioramento si arrestò in seguito, ed oggi (dieci mesi dopo l'intervento) la motilità articolare non ha ulteriormente progredito. Per quanto riguarda i gomiti invece non si è avuto nessun aumento della motilità. Alle mani forse le dita hanno acquistato una motilità lievissimamente maggiore. L'aspetto della cute che si è modificato al volto acquistando un colorito roseo e un aspetto meno levigato, non è affatto mutato sulle mani.

Nessun mutamento si è avuto a carico dei noduli sottocutanei e delle deformità articolari.

L'esame radiologico ripetuto per intero a distanza di 5 mesi e di 9 mesi dall'intervento non ha posto in rilievo nessuna modificazione del quadro offerto dal primitivo esame.

La calcemia ha avuto il seguente comportamento: 5 luglio, 9,40; 5 agosto, 10,10; 16 ottobre, 11.

## COMMENTO.

Il caso ora descritto, che presenta l'associazione di una sclerodermia con lesioni articolari di tipo prevalentemente fibroso, calcificazioni multiple e una pregressa sindrome di Raynaud può essere ravvicinato alla sindrome descritta nel 1910 da Thibierge e Weissenbach, e della quale M. Basch raccolse nel 1913 46 casi (sclerodermia con calcificazioni) Il dato per cui il caso presente non rientra perfettamente nella sindrome di Thibierge e Weissenbach è costituito dalla mancanza di calcificazioni sottocutanee, che sono invece presenti nella grande maggioranza dei casi di tale sindrome.

Quanto alla sintomatologia angiospastica, culminata con la cancrena secca delle due falangi, e alle lesioni articolari, esse son state descritte ambedue con grandissima frequenza sia nella sclerodermia semplice che nella forma con calcinosi.

Venendo ora alla questione etio-patogenetica della sindrome in parola, la sua connessione con una iperfunzione paratiroidea potrebbe essere discussa in base ai seguenti argomenti, tratti dallo studio della letteratura e del caso personale:

1) *dati di ordine clinico*. Se la sclerodermia semplice è stata riportata a iperfunzione paratiroidea (Jung e Leriche) è certo che tra le forme associate, la sindrome di Thibierge e Weissenbach è quella che dà la dimostrazione migliore di tale possibilità: in essa infatti esistono, oltre alle lesioni cutanee, anche quelle alterazioni anatomo-cliniche che vengono comunemente riferite a tale disfunzione (decalcificazioni ossee e calcificazioni metastatiche). L'osservazione frequentissima di una sindrome di Raynaud sembra appoggiare ancora tale ipotesi. Benchè nel morbo di Raynaud la calcemia sia normale (Jung) tuttavia sembra possibile un certo rapporto tra iperfunzione paratiroidea e stati angiospastici. (Tentativi di Leriche e Jung; casi di morbo di Bürger operati di paratiroidectomia da Bastai e Dogliotti; conclusioni di Donati).

Per quanto riguarda la coesistenza delle alterazioni articolari, volendo trarre da tale fatto qualche argomento in favore o contro l'ipotesi discussa, ricordiamo, con Donati, che « questo è uno dei capitoli più controversi nei rapporti con la patologia paratiroidea » e che a tale riguardo « le paratiroidi si comportano differentemente da caso a caso ». È certo però che molti Autori hanno voluto vedere, specialmente nelle forme di fibrosi periarticolare un rapporto con l'iperparatiroidismo e che non pochi di essi hanno avuto brillanti risultati da interventi conformi a tali vedute.

Il caso che è oggetto di questo lavoro, presenta al completo sclerodermia, calcinosi, fatti angiospastici, e artropatie a tipo di periartrite fibrosa con scarsi fatti ossei: esso è quindi clinicamente riportabile al quadro che si è voluto vedere come meglio connesso con una iperfunzione paratiroidea.

2) *comportamento della calcemia*. Si è già visto che secondo Pautrier e secondo Jung e Chinassi Hakki si riscontra con grande frequenza ipercalcemia nella sclerodermia semplice. Tuttavia sono tutt'altro che rari i re-

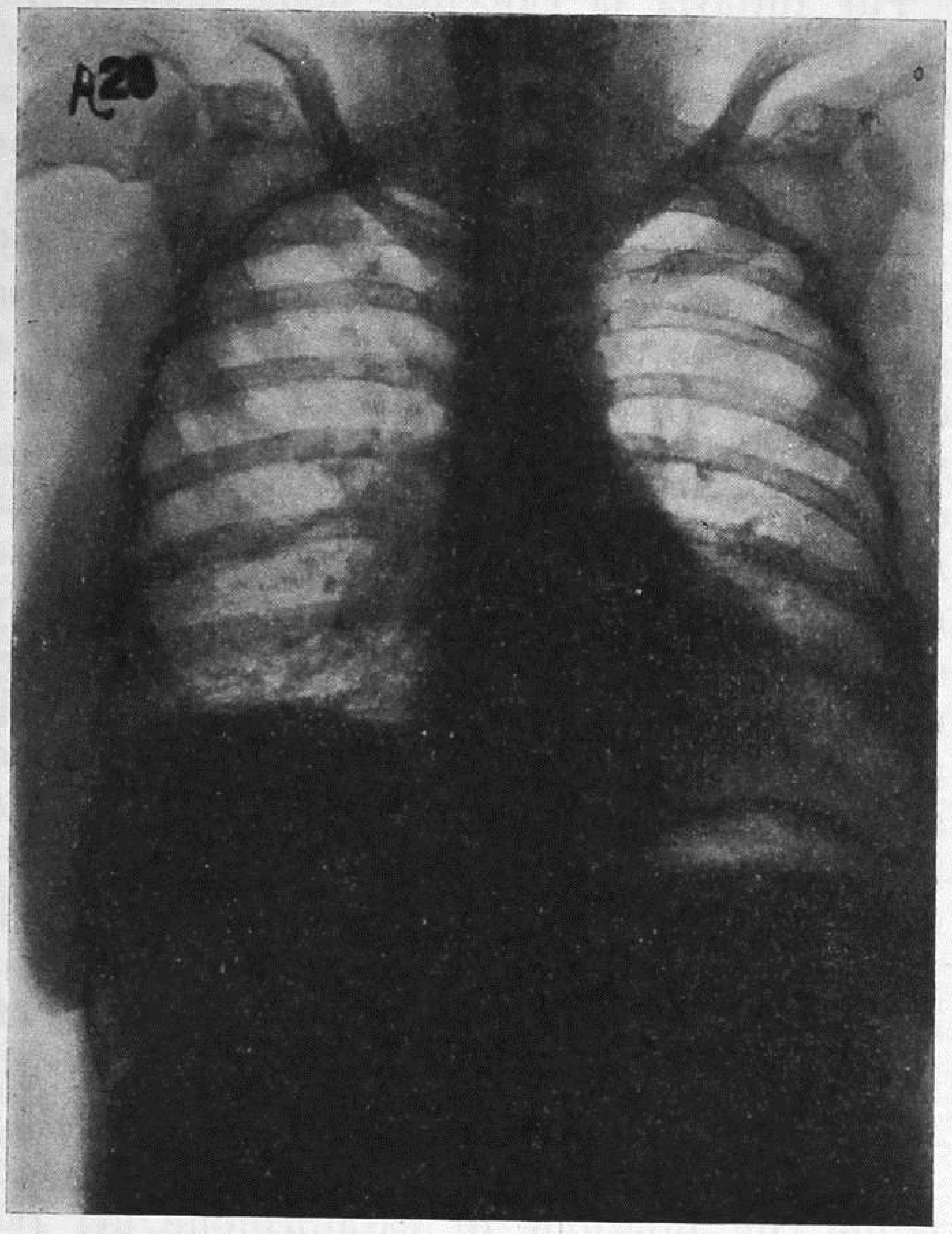



FIG. 3. — Numerose fini calcificazioni pleuriche alle basi di ambedue gli emitoraci.

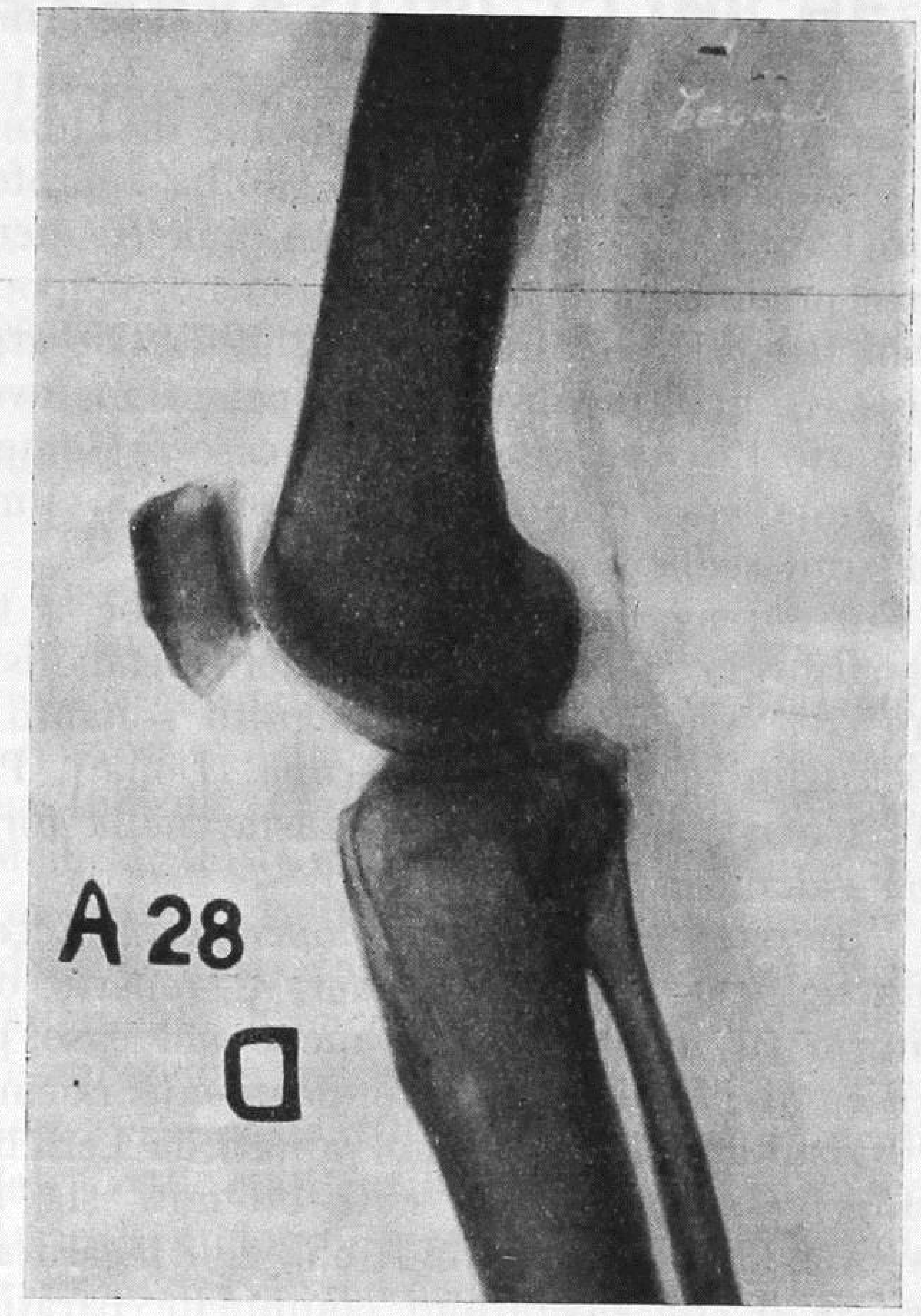



FIG. 4. — Calcificazione dell'arteria poplitea D.

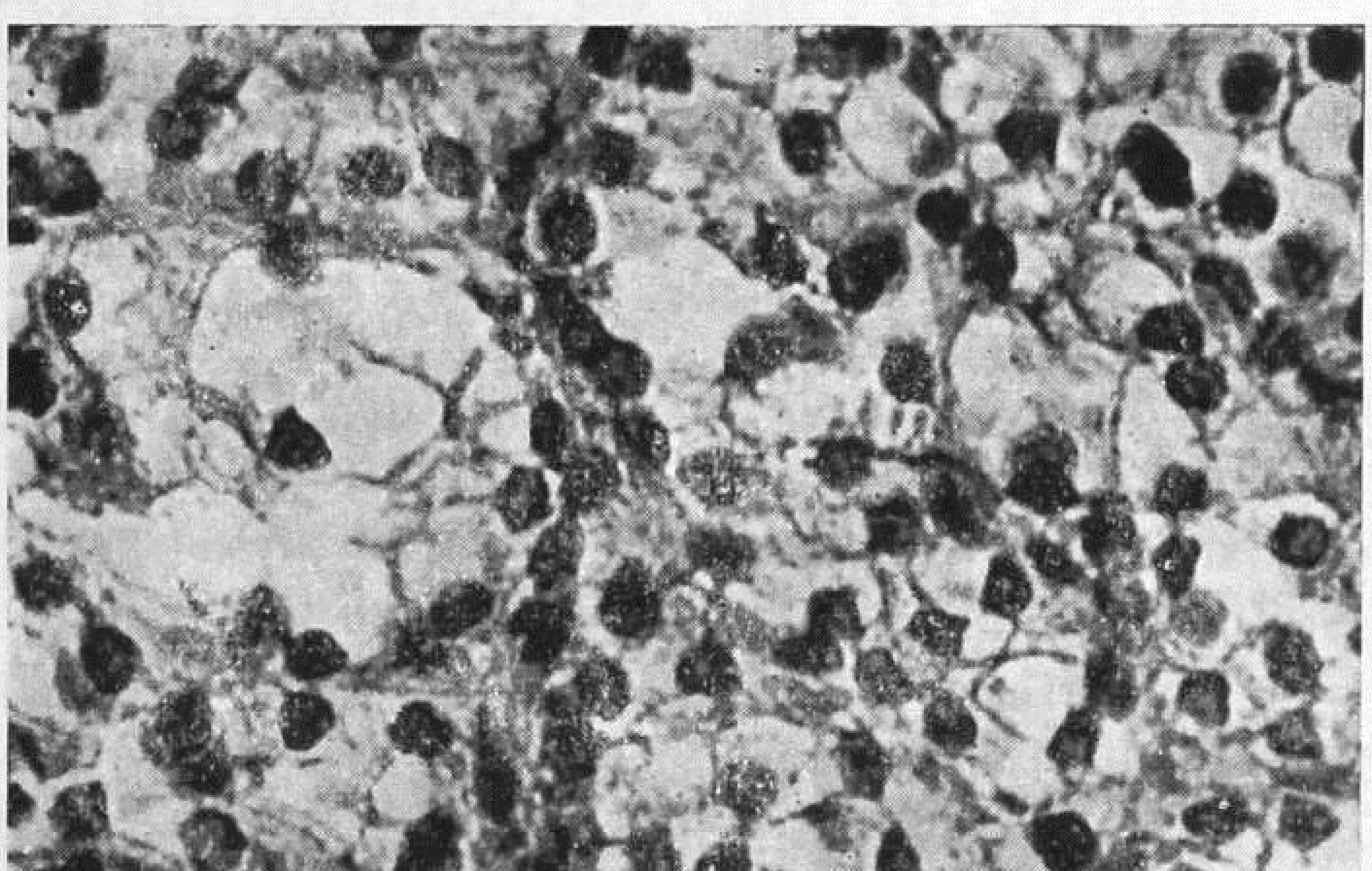


FIG. 5. — Paratiroide.



FIG. 6. — Tiroide. Presenza di infiltrati parvicellulari e di un nodulo connettivale con calcificazioni.

perti di calcemie normali o anche subnormali in tale forma.

Per quanto riguarda la sindrome di Thibierge e Weissenbach, M. Basch, che ha approfondito l'argomento, conclude per una frequenza forse predominante di forme normo- o ipocalcemiche. Non sembra quindi che da tale argomento si possano trarre conclusioni in favore o contro l'ipotesi discussa. Nel caso presente la calcemia era, come già si è visto, ai limiti massimi della norma.

Forse maggiore importanza avrebbe a tale riguardo la determinazione del metabolismo calcico: esso fu tuttavia eseguito soltanto in pochissimi casi di sclerodermia (Donati, Paggi) e mai, per quanto ci consta, nella forma con calcificazioni.

3) *reperti e risultati operatori.* Eccetto che nel caso di Moulonguet, il reperto operatorio fu sempre, come anche nel caso presente, di paratiroidi anatomicamente normali.

I risultati migliori sono vantati da Leriche e Jung: essi sarebbero stati ottenuti sia con asportazione di paratiroidi che con legatura di arterie o con operazioni combinate paratiroidec-simpatiche. Leriche afferma che queste ultime vanno riservate ai casi associati a disturbi vascolari.

Altri Autori hanno osservato miglioramenti transitori (Guy-Laroche, Donati). Per quanto riguarda le forme associate a calcificazioni, dei tre casi operati, in uno di essi (Moulonguet) non si ebbe nessun risultato (e va notato che questo proprio è l'unico caso nel quale si sia riscontrato un adenoma). Mathieu, Pinard e Fieher ottennero invece un miglioramento che sembra persistere da vari mesi.

Quanto al caso presente, in esso i risultati non furono del tutto negativi: per quanto riguarda la sclerodermia si ebbe sicuramente un miglioramento dell'irrorazione e del trofismo cutaneo al volto; e quanto ai fatti articolari si ebbe un lieve aumento di motilità alle ginocchia: tali fatti persistono tutt'ora, a distanza di dieci mesi dall'intervento. Tuttavia questo miglioramento, se può avere un qualche interesse dottrinario, non è certo tale da potergli attribuire valore pratico: la malata non ha affatto migliorato la sua deambulazione; il trofismo cutaneo e articolare delle sue mani è sempre nelle condizioni in cui si trovava prima dell'intervento, e la sua maschera facciale permette sempre di porre a prima vista la diagnosi. Il quadro radiologico delle alterazioni ossee e delle calcificazioni viscerali non è per nulla mutato, anche a distanza di mesi dall'intervento.

Pur tuttavia la calcemia della malata si è abbassata nettamente dopo la paratiroidectomia; per risalire però lentamente in seguito al valore iniziale, del resto quasi nei limiti normali: fatto questo già ripetutamente osservato.

Si cadrebbe forse nell'inverosimile volendo affermare che il miglioramento della malata si è limitato al periodo di tempo nel quale la calcemia è rimasta bassa, per arrestarsi poi al successivo innalzamento di essa? È arduo decidere in tal senso, tanto più che le calcificazioni viscerali le quali avrebbero dovuto presumibilmente per prime rispondere alla nuova condizione metabolica, non mostrarono mai nessuna variazione. A ogni modo bisognerebbe allora pensare che l'operazione praticata sia stata insufficiente, in quanto una pronta supplenza funzionale si è potuta avere da parte delle altre paratiroidi rimaste intatte, e che pertanto si sarebbe avuto un miglior esito con una più larga asportazione. Ma sappiamo che Leriche ottenne risultati ottimi con l'asportazione di un'unica ghiandola.

4) *dati di ordine sperimentale.* Seyle ottenne con iniezione di paratormone nei ratti aree di fibrosi cutanea simile alla sclerodermia umana con depositi calcarei nelle zone necrotiche. Parrebbe questa una solida base sperimentale a favore della patogenesi paratiroidea della sclerodermia. Tuttavia ricerche personali di controllo ripetute in un lotto di giovani ratti con paratormone Lilly secondo la tecnica indicata da Seyle, non hanno potuto confermare il reperto.

Quanto invece alle calcificazioni viscerali metastitiche, esse sono state ormai riprodotte con somministrazione di paratormone da numerosi autori (Mandl e Uebelhör, Austoni e Lapidari).

In definitiva, e dai dati della letteratura e dall'esame del caso presente, sembra che il poter concludere sul problema che ha formato oggetto del presente lavoro sia ancora, vuoi per la scarsa statistica, vuoi per la difficoltà del problema stesso, troppo arduo.

È probabile che vi siano casi di sclerodermia, e tra questi i dati clinici, nonostante la finora scarsa e piuttosto sfavorevole statistica operatoria, indicano quelli con coesistenti calcificazioni e con ipercalcemia, che possono favorevolmente risentire di una operazione paratiroidea. È molto verosimile che tanto migliore sarà il risultato, quanto più largo sarà stato l'intervento, e quanto maggiore quindi la minorazione funzionale ottenuta dell'attività ghiandolare che probabilmente sosteneva la forma morbosa.

RIASSUNTO.

Viene riportato un caso di sclerodermia con artrite cronica e calcinosi (calcificazione mesenterica, calcolosi della cistifellea, calcificazioni pleuriche, calcificazione di un tratto di una arteria poplitea, calcificazioni tiroidee). La m. fu operata di asportazione di una paratiroide, che apparve istologicamente normale. Seguì un lieve miglioramento, rapidamente arrestatosi. Viene discussa la possibilità della patogenesi iperparatiroidea della sindrome.

BIBLIOGRAFIA.

AUSTONI e LAPIDARI. Cit. da DONATI.
BALLIN M. Ann. Surg., 96, 649, 1932.
BASCH M. *Le syndrome de Thibierge et Weissenbach*. Paris, Arnette, 1931.
BASTAI P. e DOGLIOTTI G. C. Boll. Soc. Ital. Biol. Sperim., 8, 417, 1933.
CUTLER. Cit. da JUNG.
DONATI M. Relaz. al 40° Congresso della Soc. Ital. di Chirurgia, 1933.
GUY, LAROCHE e GREGOIRE R. Cit. da JUNG.
JUNG A. Rapport au 42° Congrès français de Chirurgie, 1933.
JUNG A. e CHINASSI HAKKI A. Rev. Chir., 537, 1932.
LERICHE R. e JUNG A. Bull. et M. Soc. Nat. Chir., 609, 1931.
MANDL F. e UEBELHÖR R. Zbl. Chir., 40, 68, 1933.
MATHIEU P., PINARD M., FIEHRER A. Bull. et M. Soc. Méd. Hôp., 1644, 1932.
MOULONGUET P. Bull. et M. Soc. Nat. Chir., 57, 1529, 1931.
NAEGELI. Cit. da JUNG.
PAGGI B. Policlinico, Sez. Chir., 41, 371, 1934.
PAUTRIER L. M. e ZORN. Bull. Soc. Franç. Dermat., 953, 1931.
SEYLE H. J. A. M. A., 99, 108, 1932.
THIBIERGE G. e WEISSENBACH R. J. Bull. et. M. Soc. Méd. Hôp., 10, 1910.



# OSSERVAZIONI CLINICHE

DIVISIONE MEDICA DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA
Primario: Prof. G. L. SACCONAGHI.

## Ascesso polmonare in luetico. Trattamento broncoscopico e cura specifica. Guarigione (1).

Dott. GIOVANNI PITTIANI, aiuto.

In ordine a criteri di diagnosi e di cura delle affezioni ascessuali del polmone, che presentai al Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, Pavia, 1933 (2), nella Divisione Medica, trattiamo gli ascessi polmonari, che ne offrano la indicazione, con broncoscopie diagnostiche, cui fa seguito, se del caso, il trattamento broncoscopico curativo. Grazie alla competenza specialistica del Prof. L. Pietrantoni, Primario Otorinolarjngoiatra degli Spedali Civili, e all'ausilio del Prof. O. Alberti, Primario Radiologo, si verifica in pieno la collaborazione fra il medico internista, il broncoscopista e il radiologo; e le forme ascessuali del polmone hanno il trattamento medico e chirurgico più appropriato.

Fra i casi che ebbimo ad osservare, presento brevemente alla Società Medica quello di un ascesso polmonare del lobo superiore sinistro in un luetico. In esso potemmo rilevare diversi elementi che lo fanno meritevole di considerazioni cliniche e tecniche-specialistiche.

F. Angelo, di 56 anni, contadino, di Mazzano, coniugato. Entra il 2-9-1933.

L'anamnesi familiare e l'anamnesi personale remota sono negative. Nega malattie pregresse e nega infezioni veneree. Afferma di essere malato da circa tre settimane con febbre a tipo continuo-remittente con abbondante espettorazione di catarro, che si è fatto dopo pochi giorni fetido. Accusa senso di oppressione respiratoria e di peso al torace anteriormente. Dolori diffusi con stanchezza, anoressia, sudorazione. L'esame obbiettivo fa rilevare: malato in condizioni generali decadute, con coscienza conservata. Costituzione: normotipo. Colorito bruno-pallido, con cute umidiccia. Lieve cianosi ai prolabi; lingua impatinata, umida; alito fetido; dentatura cariata. Voce rauca, velata. Cuore: limiti normali, toni ritmici, un po' deboli, ma netti. Torace: respiro costale superiore, con deficiente mobilità dell'emitorace si-

(1) Comunicazione detta alla seduta della Società Medico-Chirurgica Bresciana del 20-2-1934. Vennero presentati l'ammalato e le radiografie citate nel corso della relazione.

(2) Prof. L. PIETRANTONI e dott. G. PITTIANI. *Del valore diagnostico e terapeutico della broncoscopia nelle affezioni ascessuali del polmone*. Atti del XXXIX Congresso di Medicina Interna, Pavia, 1933.

nistro; fremito vocale tattile rinforzato nella metà superiore di sinistra, anteriormente.

In queste regioni: ipofonesi timpanica; ed all'ascoltazione: respiro scarso, leggermente soffiante, con qualche rantolo, a fini bolle, sonoro, sotto i colpi di tosse. Addome: pianeggiante, trattabile, indolente, con visceri ipocondriaci in sede normale. Agli arti: alle mani accenno di dita a bacchetta di tamburo, con regioni ungueali leggermente cianotiche. Pressione arteriosa 100/30.

Esame delle urine negativo. Espettorato di circa 400-500 cmc. al giorno, che nel calice si divide in quattro strati; superiore schiumoso aereato; indi uno purulento, formato da detriti nuotanti, d'apparenza necrotica e che lentamente cadono come stalattiti attraverso lo strato sottostante; indi uno di liquido siero-mucoso; alla fine, una massa poltacea puriforme. Al microscopio si trovano nello strato inferiore, dei polinucleati alterati; flora microbica abbondante, multiforme, banale.

Una radiografia del torace (29799) dà doppia cavità ascessuale al lobo superiore sinistro, con forte addensamento polmonare circostante. Reazioni di Wassermann e di Meinicke positive.

Il 13-9-1933 esame dello specialista: « mucosa laringo-tracheale notevolmente congesta ed iperemica, specie nella regione ipoglottidea. Diagnosi: laringite catarrale cronica ». Il prof. Pietrantoni, primario oto-rino-laringoiatra degli Spedali Civili, procede a broncoscopia con broncoaspirazione ed inietta 100 cmc. di olio gomenolato all'1 %. Esame broncoscopico: « sotto anestesia pantocainica 2 %, si rileva la mucosa laringo-tracheale, lievemente congesta, in particolar modo nella regione ipoglottidea. Sperone bronchiale e bronco destro normali; la mucosa del bronco sinistro appare invece notevolmente congesta ed edematosa per un tratto che va dall'inizio del grosso bronco di sinistra ad 1 cm. circa al disotto del bronco del lobo superiore sinistro. La penetrazione del tubo broncoscopico n. 7 nel bronco del lobo superiore sinistro è notevolmente ostacolata dalla presenza di un processo di infiltrazione ed edema della mucosa del bronco che appare in alcuni tratti lievemente granuleggiante. Il bronco però è mobile nei movimenti respiratori ed il suo lume per quanto ridotto, non appare deformato. Dal bronco fuoriesce scarsa secrezione purulenta ». Pochi minuti dopo essere tornato coi propri mezzi a letto, dalla camera operatoria del reparto oto-rino-laringoiatrico, l'ammalato diventa cianotico, dispnoico e deve mettersi seduto per respirare ossigeno: il volto ed il collo sono tumefatti; la palpazione permette di apprezzare il caratteristico crepitìo dell'enfisema sottocutaneo, che appare diffuso alla cute del volto, del collo e del tronco fino agli inguini ed agli arti superiori fino ai polsi. L'enfisema cutaneo fino dal giorno dopo va regredendo, pur residuando quanto risulta da una radiografia (29949) del torace, che fa dire al radiologo: opacamento del lobo superiore sinistro (ascesso polmonare) diffuso enfisema sottocutaneo e degli interstizi muscolari. Il 21-9 il diario registra che l'enfisema sottocutaneo è quasi scomparso. Nel frattempo viene iniziata terapia specifica con novarseno-benzolo. La disfonia va regredendo e la voce è più alta; le condizioni generali sono migliorate e l'espettorazione è discesa a 300 cmc. nelle 24 ore. Il 29-9 nuova broncoscopia con broncoaspirazione ed iniezione di 50 cmc. di olio gomenolato all'1 %. Il 5-10 nuova broncoscopia con broncoaspirazione ed iniezione di olio gomenolato; idem il 13-10. Il 18-10 una radiografia del torace (30325) mostra una regressione del quadro radiologico dell'ascesso polmonare. Il 28-10 broncoscopia con broncoaspirazione, lavaggio ed instillazione di 100 cmc. di olio gomenolato. Il 1° novembre: broncoscopia. Il giorno 8 novembre finisce la prima serie di novarsenobenzolo (gr. 5,20). Nel frattempo le condizioni generali seguono un ritmo di miglioramento progressivo. L'ammalato si alza, mangia, si reca e torna dalle broncoscopie coi propri mezzi. Localmente l'ascoltazione dà una diminuzione dell'intensità e del numero dei rumori patologici. L'11 novembre una nuova radiografia (30561) confrontata coi precedenti reperti mostra il declinare dell'intensità del quadro ascessuale. Il 13-11 nuova broncoscopia; il 17 altra broncoscopia; in questa il broncoscopista fa scrivere nel diario che il pus si drena bene. Il 20-11 il broncoscopista dice: pochissimo pus. Il 2-12 in una nuova broncoscopia: « secrezione ridottissima ». Il 5-12, prima di riprendere la cura di novarsenobenzolo, si eseguisce sierodiagnosi di Wassermann che riesce dubbia, la Meinicke è invece positiva. Il 13-1-1934 broncoscopia: il malato risulta clinicamente e localmente guarito; scarsissima secrezione bronchiale: mucosa della trachea e dei bronchi leggermente iperemica: il bronco del lobo superiore di sinistra è pervio Altre due broncoscopie per confermare la guarigione avvengono il 17 ed il 22 gennaio: il 25 gennaio finisce la seconda serie di novarsenobenzolo (gr. 6).

Nel febbraio 1934 una radiografia (31511) dà il reperto di « esiti di ascesso polmonare del lobo superiore sinistro ».

Una prima osservazione: i broncoscopisti di più larga esperienza, ritengono che gli ascessi polmonari dei lobi superiori non sono i più indicati per un trattamento broncoscopico; il nostro ammalato era in condizioni generali gravi e due erano, all'indagine radiologica, le cavità ascessuali del lobo superiore sinistro. Tuttavia ritenni che una broncoscopia diagnostica fosse indicata, anche perchè la regola non è assoluta, come il successo della cura ha infatti dimostrato. Mentre leggo alla Società Medica queste note, abbiamo in reparto, in corso di trattamento col Prof. Pietrantoni, appunto un ascesso polmonare del lobo superiore destro, consecutivo ad un'estrazione di frammento osseo di pollo dal terzo superiore dell'esofago, dove le difficoltà tecniche per disostruire il bronco di drenaggio sono tali da non offrirci ancora, dopo tre broncoscopie, alcun elemento per ritenere che la nostra opera serva a rendere libero il drenaggio dell'ascesso per le vie naturali del bronco.

Il malato che presento, era, è vero, un luetico; però si trovava nel periodo fra la terza e la quarta settimana dall'insorgenza del male, che è il periodo ottimo per il trattamento broncoscopico di diagnosi e di cura. Non solo; ma non era ancora comparsa la vomica, che,

quando avviene, indica che le condizioni anatomiche sono favorevoli allo svuotamento spontaneo, per le vie naturali, in modo talvolta risolutivo. D'altra parte il nostro malato presentava la forma di ascesso polmonare a decorso subacuto, che i broncoscopisti più sperimentati (Chevalier-Jackson (1), Soulas) ritengono avere le più nette indicazioni per il trattamento broncoscopico. Non solo: ma quello, che è il trattamento di attacco per indagare sulle condizioni delle vie bronchiali è anche un tentativo di disostruire il bronco di drenaggio, il che sensibilmente migliora le condizioni generali del paziente e permette di ricorrere con tranquillità in seguito, a cure mediche o chirurgiche più aggressive.

Ed infatti fin dalle prime broncoscopie la mucosa del bronco di drenaggio del lobo superiore si decongestionava, e potemmo seguire il miglioramento delle condizioni generali del paziente, la discesa della temperatura, la diminuzione dell'espettorazione ed il rischiararsi del quadro radiologico. La nostra linea di condotta è stata quella di continuare col trattamento broncoscopico e con la sorveglianza medica assidua, sia in vista di una ricaduta, cosa, se non probabile, possibile, sia in vista di evitare il costituirsi di dilatazioni bronchiectasiche, che sono il reliquato più frequente degli ascessi polmonari clinicamente guariti.

***

Due parole per quanto riguarda l'enfisema sottocutaneo. Quando insorse, ci siamo posti il quesito della patogenesi: si doveva mettere in rapporto ad una soluzione di continuo formatasi durante la broncoscopia nella mucosa laringo-tracheale? Sì. Infatti: la soluzione di continuo non poteva essersi verificata più in basso della trachea, perchè avremmo avuto subito fenomeni di enfisema mediastinico acuto, il quale ha un suo complesso semeiotico ed un quadro radiografico diversi da quanto presentava il nostro paziente; era pure da escludersi una soluzione di continuo in corrispondenza dell'epitelio alveolare o a carico delle pareti dell'ascesso polmonare, perchè avremmo avuto sintomi prevalentemente od in tutto monolaterali, formazione di pneumotorace, ecc. D'altra parte c'era la sifilide, capace di spiegare una diminuzione di resistenza e presenza di lesioni istologiche, sufficienti a creare le condizioni per il cedimento di un qualche punto della mucosa laringo-tracheale, sotto il passaggio del tubo broncoscopico. Difficile è lo stabilire da che via e come sia avvenuta tale lesione. Essa indubbiamente si è prodotta a carico della laringe o della porzione alta della trachea, perchè è mancata completamente l'obbiettività dell'enfisema mediastinico, che segue ineluttabilmente la lacerazione dei bronchi. Un esame laringoscopico escluse la presenza di enfisema sottomucoso della laringe. Del resto il paziente, sottoposto parallelamente a cura antiluetica, subì senza nessun incidente e con perfetta tolleranza tutto il successivo trattamento broncoscopico.

(1) Rapporto al 2° Congresso Intern. di O.-R.-L., Madrid, settembre 1932.

***

Alcune parole nei riguardi dell'ascesso polmonare dal punto di vista della sifilide.

Anzitutto poteva essere una gomma, che abbia regredito sotto la cura specifica? Ricordo che è rarissimo il reperto indiscutibile della sifilide polmonare dell'adulto, nel cadavere. Gli anatomo-patologi non trovano abitualmente il treponema, nell'indagine istologica delle lesioni polmonari, e quindi la loro diagnosi è d'impressione, per la concomitanza di altre lesioni sicuramente luetiche. Nel nostro caso non c'è da parlare della lesione sifilitica polmonare a tipo diffuso, sia a forma sclero-gommosa, sia a forma di lesione parenchimale alveolare. Resta in discussione, trattandosi di sifilide dell'adulto, la gomma.

Ragionando per induzioni cliniche, poichè è rarissima la gomma solitaria, e per il quadro radiologico che il nostro malato presentava all'ingresso, viene in discussione soltanto la forma gommosa a nodi multipli necrosati al centro, formanti una piccola caverna sifilitica, che può evacuarsi nel bronco. L'evoluzione della lesione, il sovrapporsi dell'azione di germi anaerobi, non possono avere costituito quel quadro ascessuale che il nostro malato presentava. Come in tutte le osservazioni di sifilide polmonare dell'adulto, anche nel nostro caso, l'azione terapeutica resta il solo argomento impressionante in favore della natura sifilitica della lesione. Certamente però chi ha disostruito il bronco del lobo superiore ed ha favorito, in maggior o minor grado l'evacuazione del pus per la via naturale, è stata la broncoscopia. Il broncoscopista e l'internista ritengono di aver fatto opera utile associando le due terapie.

## RIASSUNTO.

Si tratta di un uomo di 56 anni, luetico, che in quarta settimana di un ascesso polmonare subacuto del lobo superiore sinistro viene sottoposto ad indagine e trattamento broncosco-

pico, parallelamente a cura specifica. L'A. illustra le caratteristiche cliniche del caso e spiega come sia rara la possibilità di disostruire il bronco di drenaggio di un ascesso del lobo superiore con il trattamento broncoscopico. Il p. ebbe, alla prima broncoscopia, un incidente, costituito dall'insediarsi di un enfisema sottocutaneo intensissimo e diffuso al viso, collo, arti superiori, torace fino agli inguini, che regredì in pochi giorni, legato a lesione dell'epitelio del laringe o della parte alta della trachea, da imputarsi alla presenza della sifilide. Le successive broncoscopie, furono tutte perfettamente tollerate, fino a guarigione clinica.

# SUNTI E RASSEGNE

## MALATTIE INFETTIVE.

### Le attuali conoscenze sulle malattie del gruppo tifo esantematico.

(U. REITANO. *Bollettino dell'Ist. Sier. Mil.*, marzo 1933).

Diverse sono le malattie infettive che presentano quadri clinici più o meno simili a quello del tifo esantematico: alcune di esse sono proprie di determinate località, altre invece si possono ritrovare in differenti paesi con il medesimo insieme di sintomi e con le stesse modalità di trasmissione.

Per quanto alcune di esse da noi non si riscontrino, pure l'A. è del parere che è necessaria la conoscenza di tutte per poter ben abbracciare il quadro sintomatologico ed epidemiologico delle malattie in quistione e studiare quali rapporti etiologici congiungano questo gruppo con il tifo petecchiale.

Dopo queste premesse l'A. passa in rassegna le varie sindromi cliniche.

1) Morbo di Brill o tifo endemico benigno: è caratterizzato da febbre ad inizio brusco della durata di circa due settimane, accompagnata da cefalea violenta ed esantema maculopapuloso che compare verso il quinto giorno e si diffonde a tutto il corpo, meno il viso. La forma, che ha carattere benigno, non è contagiosa da malato a malato ed è trasmessa all'uomo dai ratti, per mezzo delle pulci. La reazione di Weil Félix è positiva, ma tardivamente, all'inizio della convalescenza o a convalescenza inoltrata.

2) Tifo messicano o tabardillo: la sintomatologia è quella del tifo endemico benigno con alcune lievi differenze: l'esantema è più largamente generalizzato, i sintomi cerebrali attenuati; vi è tendenza marcata alle epistassi; quasi costantemente positiva è la reazione di W. F.

Anche per il tifo messicano, il ratto può essere considerato come un serbatoio del virus in natura: la trasmissione da ratto a ratto avviene per mezzo di un ectoparassita abituale: poliplax spinulosa; quella dal ratto all'uomo per mezzo delle diverse specie di pulci del ratto. È stata però dimostrata la possibilità di infettare col virus la cimice comune e tre varietà di zecche.

3) Tifo di San Paolo (Brasile): forma morbosa a mortalità elevata caratterizzata da febbre molto alta, congestione del volto e delle mucose; esantema costituito da macule rosee e rosse di varia grandezza, che poi confluiscono a formare chiazze ecchimotiche. La reazione di Weil Felix ha dato sempre risultati irregolari. Anche l'esame anatomo-patologico non ha dato reperti probativi.

4) Febbre purpurea delle montagne rocciose: è endemica nello Stato di Montana e in quello di Idaho; si manifesta in primavera e al principio dell'estate; è trasmessa da una zecca. Dopo sette giorni di incubazione insorge la febbre che raggiunge presto i 40° ed è accompagnata da stato tifoso e delirio. Compare poi l'esantema, prima maculoso roseo e poi nettamente petecchiale. Tutto il corpo è invaso ed anche la mucosa orofaringea. In qualche caso si determinano necrosi della cute dei genitali, delle dita, dell'orecchio esterno e delle tonsille.

La malattia dura in media due settimane. La mortalità varia da regione a regione in rapporto con la differenza di virulenza dell'agente etiologico.

Le alterazioni istopatologiche sono principalmente a carico dei piccoli vasi periferici, ove si nota endoarterite obliterante; vi è anche reazione infiammatoria perivasale. I roditori sono i serbatoi del virus; la zecca del coniglio lo diffonde da coniglio a coniglio; il *Dermacentor variabilis* invece lo trasmette a diversi animali ed anche all'uomo.

La sieroreazione di W. F. è positiva nella maggior parte dei casi.

5) Febbre esantematica: i primi casi furono descritti nel 1910 da Conor e Bruch col nome di « fièvre boutonneuse », ma rimasero isolati.

È merito di Carducci e della sua Scuola di avere isolato questa sindrome morbosa dal quadro del tifo esantematico e di averne riconosciuti come elementi caratteristici dell'esantema le papule e i « noduli ». Numerosi sono i casi di febbre esantematica che sono stati a mano a mano riferiti in Italia e fuori.

I sintomi principali di questa malattia sono due: la febbre e l'esantema; la febbre ha inizio brusco, ascesa rapida e dura 12-15 giorni, cadendo poi per crisi.

L'esantema compare al 3°-4° giorno ed è costituito da macule e papule di varia grandezza, di color roseo, che invadono il tronco e gli arti.

La malattia ha carattere stagionale ed ha prognosi benigna.

L'autopsia dei pochi casi venuti a morte, non ha rivelato nulla di importante nei riguardi della natura della malattia. L'esame istologico degli elementi eruttivi ha messo in evidenza alterazioni caratteristiche dei capillari: degenerazione dell'endotelio e infiltrati perivasali.

Il cane è il più importante serbatoio del virus in natura: gli agenti trasmettitori sono le zecche del cane.

Recentemente sono stati anche incriminati i ratti ed i loro ectoparassiti.

La quistione sierologica nella febbre esantematica ha dato luogo a contrasti: sul principio la W. F. fu trascurata o non bene eseguita e perciò non le si dette valore: ma i successivi ricercatori sono stati concordi nel ritenerla positiva durante la convalescenza.

6) Febbre fluviale del Giappone. Dermotifo tropicale: malattia endemica a carattere stagionale (estate), lungo i grandi fiumi del Giappone del Nord; non è contagiosa e colpisce in modo particolare i contadini. È caratterizzata da febbre, ulcera necrotica nel punto di inoculazione con linfoadenite satellite, esantema, leucopenia. La febbre dura 2-3 settimane e poi cade per lisi. L'ulcera cutanea coperta da escara nera ha sede specialmente intoro ai genitali esterni, alle ascelle, al dorso. L'esantema è maculo papuloso ed è diffuso a tutto il corpo. Vi è inoltre ingrossamento del fegato e della milza, irrequietezza, delirio. La mortalità oscilla fra il 10 e il 40 %. La malattia viene trasmessa dalla larva esapode della Trombicula akamushi. Poichè le trombicule attaccano l'uomo solo occasionalmente, la diffusione della malattia è scarsa. I serbatoi naturali del virus sono alcuni roditori selvatici. La malattia non lascia una immunità duratura. La reazione di W. F. secondo alcuni, è negativa, altri invece la hanno riscontrata positiva.

Forme analoghe alla febbre fluviale furono a volta a volta riscontrate nell'interno dell'India inglese (tifo tropicale dell'India inglese), nella Malesia, in diverse località della Australia e in diverse regioni dell'Africa e dell'Asia (Dermotifo tropicale).

L'A. passa quindi ad occuparsi delle Rickettsie e della loro importanza nelle infezioni del gruppo tifo esantematico. Egli rammenta che il genere Rickettsia comprende un gruppo di microorganismi piccolissimi, pleomorfi, immobili, Gram negativi, che vivono nell'intestino di alcuni artropodi. È ancora incerto se si debbano classificarli tra i protozoi o tra i batteri. Non possono coltivarsi nei comuni terreni, ma ne occorrono di speciali. Le Rickettsie furono riscontrate per la prima volta nel 1907 da Ricketts in strisci di sangue di uomini, scimmie, cavie e nei tessuti ed uova di zecche, infetti di febbre delle montagne rocciose. Questo reperto fu confermato da molti AA. anche nel sangue di malati di tifo messicano e nei pidocchi infetti di tifo esantematico.

Per mezzo del pidocchio si è riusciti a trasmettere l'infezione alle cavie. Anche nelle pulci e nelle zecche sono state messe in evidenza le Rickettsie.

La questione se le Rickettsie sono effettivamente l'agente eziologico del tifo petecchiale e delle infezioni similari è stata affermativamente risolta da numerosi ricercatori, i quali portano a sostegno del loro asserto numerose prove: la presenza costante delle Rickettsie nel pidocchio infetto di tifo esantematico; la possibilità di infettare le cavie con il contenuto dell'intestino del pidocchio infetto; la agglutinabilità delle Rickettsie col siero del malato o di animali infetti; il reperto di esse intra- ed extra-cellule negli organi di malati infetti; i risultati positivi dell'infezione nell'uomo per mezzo di piccolissime quantità di emulsione di R. ecc.

Secondo alcuni AA. le R. sarebbero una fase del proteus $X_{19}$, il quale sarebbe l'agente etiologico del dermotifo. Ma pare che ormai si possa escludere questa ipotesi secondo il parere di numerosi studiosi. È più probabile invece che le R. rappresentino la fase visibile di un virus non ancora ben conosciuto.

La sieroreazione di Weil Felix rappresenta il metodo più semplice per la diagnosi del dermotifo. È eccezionale la assenza completa della reazione durante tutto il decorso della malattia, tranne in casi di estrema gravità. A cominciare dal titolo 1:100 la W. F. si può considerare probativa. Nelle diverse varietà del dermotifo la W. F. è stata riscontrata per lo più positiva, solo si è notato una comparsa di agglutinine più tardive che non nel vero tifo petecchiale.

Varie classificazioni sono state proposte dei vari AA. delle infezioni tifo simili, ma poichè ancora molto imprecise sono le cognizioni attuali su questo argomento, esse più o meno tutte peccano in qualche parte. Alcune si basano sul criterio sintomatologico, altre su quello sierologico, altre sull'ospite vettore del virus ecc.

L'A. si dichiara propenso per un criterio unitario: esistono dunque nelle varie regioni del mondo delle malattie infettive a carattere setticemico caratterizzate da febbre della durata di un paio di settimane e da esantema maculopapuloso o petecchiale; in queste affezioni tutta la reazione di Weil Felix è positiva più o meno intensamente e sempre tardiva. Il virus determinante queste infezioni ha elettività particolare per il sistema circolatorio periferico. Sia negli animali di laboratorio inoculati sia nell'artropodo vettore dell'infezione, talora anche nell'uomo sono state messe in evidenza le Rickettsie. Di fronte a tutti questi punti di contatto non si può fare a meno di pensare che unico sia il virus provocatore di tutte queste malattie.

Ancora oscuro resta invece dove il virus si nasconda tra una epidemia e l'altra: il problema sarebbe stato più semplice se invece di un

virus invisibile si fosse trattato di germi visibili e coltivabili.

L'A. conclude il suo lavoro insistendo sulla importanza notevole per il medico pratico di conoscere le diverse forme facenti parte della grande famiglia del dermotifo, il che porterebbe ad avere una casistica più ampia che potrebbe giovare per una comprensione migliore del problema. VICENTINI.

## Febbre da pappataci.

(M. GIOSEFFI. *La Riforma Medica*, 25 ag. 1934).

È una malattia infettiva acuta dei mesi estivi, caratterizzata da temperatura elevata, cefalea, nevralgie e mialgie, vomito, diarrea, epistassi; la sindrome dura due o tre giorni e lascia uno stato di profonda prostrazione.

L'A., che ha seguìta una epidemia in Istria e ne ha studiato un centinaio di casi, riferisce sulle osservazioni clinico-epidemiologiche raccolte.

La malattia inizia con febbre a freddo che raggiunge il suo acme fino a 39-40 gradi nelle prime 24 ore, ma scende subito e si esaurisce in due o tre giorni. In qualche caso però manca il brivido e si ha invece senso di calore.

Sintomi costanti sono la prostrazione, la apatia, la pesantezza degli arti, le vertigini, ma sopratutto la cefalea localizzata alle orbite, alle regioni temporali o parietali, ovvero diffusa a tutto il capo. L'A. non ha mai riscontrato delirii, convulsioni, lipotimie, riferite da altri AA. Sovente appaiono dolori forti ai lombi, al sacro, ai popliti che insorgono bruscamente e scompaiono al cadere della febbre.

Caratteristica è la dolenzia dei bulbi e l'iniezione della congiuntiva del bulbo a triangolo o a nastro. Il faringe è arrossato e sull'ugola o sulla mucosa orale si nota talora qualche ecchimosi puntiforme. Frequente è la epistassi sempre moderata, mai accompagnata da corizza o da secrezione mucopurulenta del naso.

Nel quadro della febbre da pappataci predominano le turbe intestinali: si ha anoressia, lingua patinosa e vomito iniziale che solo qualche volta si ripete nei giorni successivi. L'alvo è in genere stittico ma talora compaiono diarree più o meno profuse.

A carico del sistema circolatorio non manca quasi mai la bradicardia ed in qualche caso vi è tendenza al dicrotismo.

In alcuni casi dopo la puntura appare subito un punticino rosso sulla cute; in altri si notano pomfi orticari che rapidamente scompaiono lasciando il posto a noduletti duri; in altri ancora si formano infiltrati con una vescicola contenente siero giallognolo. In seguito ad essiccamento di essa si produce una crosta, alla caduta della quale residua una ulceretta a bordi irregolari ricoperta da tenue strato di pus. Abbastanza frequente è l'erpete labiale.

In tutti i casi studiati dall'A. non mancarono mai le algie muscolari localizzate ai lombi, ai muscoli del dorso, alle spalle, braccia, cosce ecc.

La prognosi di questa malattia è benigna.

Caratteristica è la prostrazione profonda che residua e si protrae durante due ed anche tre settimane.

La diagnosi non è difficile; essa è facilitata dal criterio epidemiologico: simultaneità dei casi in uno stesso luogo, comparsa in forma di epidemie domestiche. Ma all'inizio molti casi vengono qualificati come malaria, tifo, influenza, febbri malariche, dengue. Contro la malaria parla il reperto dell'esame del sangue, la mancanza del tumore di milza, e lo sfebbramento definitivo dopo due o tre giorni anche senza che il malato abbia preso chinino. Nella diagnosi differenziale con l'influenza si ricorderà che mancano nella febbre da pappataci i fatti catarrali delle prime vie aeree, mentre che i segni a carico degli organi digerenti non sono nella influenza così pronunziati come nella febbre da pappataci. Grande è la somiglianza con la dengue: mancano però gli esantemi tipici che sogliono apparire nella dengue ed è importante per la diagnosi il criterio epidemiologico.

La febbre da pappataci è endemica nell'Istria marittima ed è una malattia esclusiva della stagione calda e secca. Si presenta in tutte le età e chi la ha superata una volta resta immunizzato. La morbilità è elevata, ma la mortalità è nulla. La incubazione è in genere di 5 a 7 giorni.

Doerr dimostrò nel 1909 nel sangue dei malati di febbre da pappataci la presenza di un virus filtrabile trasmissibile ad individui sani. Le ricerche di Couvy (1921) che avrebbe trovato nel sangue uno spirillo non hanno avuto conferma. Il virus è attivo per una settimana. Incerta ne è la natura. È cosa certa che la trasmissione della infezione avviene soltanto mediante la puntura del *phlebotomus papatasi*. Solo le femmine dei pappataci pungono l'uomo; ma non sono infettanti che dopo otto giorni che hanno succhiato il sangue di un malato.

Le femmine depongono le uova allineate e da esse fuoriescono le larve che vivono nelle cantine e nei luoghi oscuri ed umidi ove si trovano immondizie, detriti e sterco di erbivori. Lo stato di ninfa dura nove giorni e di notte esce l'insetto alato. L'evoluzione completa è di circa 4 settimane. Sembra che siano le larve a conservare durante l'inverno il virus della febbre da pappataci.

La cura è sintomatica. Pontoizlau e Dubrey praticano la autoemoterapia, previa iniezione di dosi progressive di neosalvarsan, allo scopo di evitare la adinamia caratteristica.

La profilassi consiste nella distruzione dei flebotomi nelle abitazioni e protezione delle fi-

nestre con reti. Per ottenere la disinsettazione l'A. ha usato con risultati ottimi la Ite. È utile la ventilazione delle stanze, proficua la lotta antilarvale. Ma il mezzo principale nella profilassi consiste nel risanamento dell'ambiente, nell'allontanamento dei letamai, nella nettezza accurata dei gabinetti e nella eliminazione della vegetazione sui muri delle case rurali.

VICENTINI.

## GINECOLOGIA.

### La ginecologia del medico pratico.

(R. BECKERS. *Bruxelles-médical*, 7 ott. 1934).

Senza disconoscere la grande utilità che può portare la chirurgia ginecologica, l'A. insiste sul fatto che la ginecologia deve essere anzitutto una scienza medica. Anche se, in un tempo più o meno lontano ci si deve decidere per l'operazione, si dovrà mettere in opera dapprima il trattamento medico, che può durare per settimane o mesi.

*Prima prescrizione deve essere il riposo*, completo, spesso prolungato tanto che si è detto che il trattamento medico delle affezioni ginecologiche era riserbato alle classi agiate. Ma anche nelle classi meno fortunate, la donna consacrerà qualche settimana per liberarsi da un'affezione incomoda. E, dopo tutto, non si potrà considerare un tempo perduto il rimanere in letto per 5-6 settimane per guarire di una metrite o di una salpingite.

*Seconda indicazione è di calmare il dolore.* Già le iniezioni calde, che sono la regola in questi casi, porteranno un sollievo, sia pure momentaneo alla paziente; ne migliorano le nevralgie utero-ovariche e si ha un effetto favorevole come decongestione locale. Utili sono anche i piccoli clisteri a base di laudano, di cloralio, di antipirina ed i suppositori di belladonna o di oppio. La vescica di ghiaccio, le compresse calde e l'antiflogistina in forma di cataplasmi sul ventre sono pure raccomandabili quando la paziente può stare in letto; il ghiaccio ha anche il vantaggio di prevenire il propagarsi dell'infezione.

Tutte queste pratiche non sono che l'introduzione della terapia. Per questo, si procederà dapprima, non alla disinfezione che è impossibile, ma alla lavatura della vagina. Applicazione dello speculum, lavatura rapida con acqua bollita e detersione degli essudati con un tampone.

Vario può essere il trattamento vero e proprio. Anzitutto, gli *antisettici*: quelli in polvere (dermatolo, blu di metilene, polvere lattica) sono insufficienti; meglio valgono le soluzioni o gli ovuli in glicerina (ittiolo a 1 % tiogenol a 1/5, tannino a 1/5, ecc.). Ma il trattamento è lungo e va aiutato con cauterizzazioni contemporanee del muso di tinca mediante tintura di jodio, cloruro di zinco a 1/20, acido cloridrico a 3 % in glicerina, mercurocromo. Diffidare degli antisettici forti, che irritano la mucosa e mantengono l'irritazione del collo.

Questo trattamento può essere applicato nelle metriti leggere, ben delimitate al collo. Se questo è grosso, edematoso, si faranno, ogni settimana delle scarificazioni.

Grande efficacia attribuisce l'A. ai bacilli lattici, che danno risultati di molto superiori a tutti gli antisettici. Mediante l'uso di ovuli, meglio, di tamponi imbevuti di cultura pura di bacillo bulgaro ed applicati ogni due giorni, l'A. ha veduto scomparire degli scoli notevoli e migliorare molto sensibilmente le ulcerazioni di colli metritici.

Il trattamento endouterino delle metriti è sempre più abbandonato; ad ogni modo, deve essere fatto con la massima prudenza. Instillazioni, lapis, spennellature, agenti fisici non sono senza pericolo ed esigono, comunque, la preventiva dilatazione del collo sufficiente, lenta e progressiva fatta con le sonde di Hegar. Pericoloso è il raschiamento, che può aggravare lo stato infiammatorio delle trombe o provocare la rottura di una cisti; tutt'al più lo si userà nelle lesioni recenti. Pericoloso è il raschiamento, che può aggravare lo stato infiammatorio delle trombe o provocare la rottura di una cisti; tutt'al più lo si userà nelle lesioni recenti. Pericoloso e da riserbarsi soltanto alle salpingiti croniche, senza raccolta incistata, e anche il massaggio ginecologico.

Grande fiducia ha l'A. nella *vaccinoterapia locale* mediante vaccini polivalenti. Il trattamento delle metriti, egli aggiunge, sarà fatto soltanto con essa, usando degli ovuli-vaccini o dei gelatino-vaccini (che sono più pratici che le compresse imbevute di brodo-cultura) da applicarsi ogni due giorni. Cedono presto il dolore e la congestione; le perdite cambiano d'aspetto, da purulente, si fanno mucose, da gialle, bianche e scompaiono in 12-15 giorni; migliora pure notevolmente la vaginite. Le metriti acute guariscono in 8-15 applicazioni, quelle croniche ne esigono 15-20.

Naturalmente, non sempre si hanno così buoni risultati. Vi sono delle ulcerazioni del collo così vaste, profonde e così antiche, che tale trattamento non basta e bisogna allora intervenire con il caustico di Filhos. Ma anche tale applicazione va preceduta dalla vaccinoterapia locale e, per la sua applicazione, si esige che gli annessi siano sani. Tale caustico è composto, come è noto, di potassa e di calce e va applicato con prudenza, ma senza timori. Dopo pulizia della vagina e dei cul di sacco, si applica un tampone protettore nel fornice posteriore per evitare le ustioni da parte di sbavature del lapis caustico. Questo viene dapprima passato sotto l'acqua e lo si applica, poi, sull'ulcerazione, di cui si oltrepassano i margini; l'applicazione non deve durare più di 10-20 secondi; lo strato di pasta che si deposita, dapprima, biancastro ed annerisce rapidamente in contat-

to con la mucosa malata; è questo il segno che il tempo di applicazione è sufficiente.

La cauterizzazione provoca tutt'al più un leggero scolo sanguigno; in qualche donna un po' sensibile, si hanno dolori o tendenza alla lipotimia; è bene che il pratico ricordi tale possibilità per stare sull'avviso.

Si applica poi un tampone imbevuto di glicerina, che ha un'azione decongestiante. Nei primi giorni, si ha aumento delle perdite che si fanno leggermente sanguinolenti; si faranno fare due lavande quotidiane con borato di sodio (un cucchiaio per due litri di acqua bollita). La cicatrizzazione si fa più netta di giorno in giorno; l'escara si viene liberando, lasciando dopo 2-3 settimane una ferita pulita. Si potrà allora procedere ad una seconda causticazione, molto più leggera e più superficiale, evitando di raggiungere la sottomucosa, altrimenti si arrischia di provocare la stenosi del collo. Dopo una diecina di giorni si ha una bella cicatrizzazione, che in seguito scompare.

Il vantaggio di questo metodo sulle altre terapie, specialmente sulla diatermo-coagulazione e quello di essere ambulatorio, di sopprimere degli apparecchi costosi e di sostituire vantaggiosamente l'amputazione del collo, che si è venuta abbandonando, sia perchè espone allo aborto, sia perchè essa non guarisce la metrite.

Quando, però, il processo di endocervicite è più forte che quello di esocervicite, tale applicazione non basta e si deve, allora, procedere ad 1-2 applicazioni nel canale cervicale, per distruggere la mucosa. A tale scopo, l'A. consiglia di non usare il lapis caustico, ma di utilizzare un porta-cotone, che si impregna col caustico dopo averlo passato sotto l'acqua. Si fanno applicazioni brevissime (10-20 secondi), proteggendo bene i cul di sacco, specialmente il posteriore con un tampone di cotone, altrimenti si corre il rischio di provocare delle ustioni di difficilissima guarigione.

Il *trattamento delle salpingiti* si farà con la vaccinazione locale combinata alle applicazioni diatermiche. Dopo qualche applicazione di ovuli o di gelatino-vaccino ed un periodo di riposo, si fa un trattamento giornaliero, alternando la vaccinoterapia locale alla diatermia, che va fatta con prudenza e progressivamente; incominciare con due minuti per arrivare a 30 in 7-8 sedute; un elettrodo ai reni, l'altro vaginale. La paziente deve sentire un calore dolce, senza accusare bruciore. Bastano una quindicina di applicazioni, per ottenere il 65 % di guarigioni.

La reazione generale è di solito minima: lieve ascensione termica, recrudescenza dei dolori, leucorrea più abbondante, tutti sintomi che cedono alla II-III applicazione. In seguito, gli annessi diventano meno sensibili, l'utero riprende la sua mobilità, scompare il senso di pesantezza al ventre ed ai reni, il collo si decongestiona e può essere toccato senza dolore. Le perdite si modificano, diminuiscono e scompaiono; le mestruazioni diventano normali.

La diatermia è soprattutto indicata nelle annessiti di origine blenorragica. Nelle salpingiti di origine tubercolare giova molto l'actinoterapia, per la sua azione ad un tempo generale e locale; la cura solare e la lampada ad arco trovano qui la loro indicazione, mentre la diatermia è senza risultato.

In complesso, si tenga presente che si deve fare di tutto per evitare l'intervento chirurgico il quale, se si rende necessario deve essere il più che possibile conservatore. *fil.*

## Il tricomonas vaginalis e sua importanza in ginecologia.

(N. KISSLING. *Gyn. et Obst.*, n. 2, 1934).

Il Tricomonas vaginalis è un parassita ancora poco bene conosciuto, forse perchè non è sempre oggetto di ricerca diligente e sistematica nelle perdite vaginali. Eppure molte leucorree e vaginiti hanno alla loro base etiologica questo parassita. La sua presenza è qualche volta bene tollerata perchè esso non provoca alcun sintoma; altre volte però il tricomona è causa di vaginiti di una importanza clinica non trascurabile. Oltre alla possibilità di una dimostrazione diretta del parassita con preparati a fresco e colorati (bleu di metilene, non adatto però per chi non ha pratica sufficiente; policromo di Unna-Pappenheim; triacido di Ehrlich; Gram che è la migliore e la più consigliabile) i segni che possono guidare la diagnosi sono:

1) Abbondanti perdite, piuttosto liquide e purulente mescolate sovente a bollicine di aria;

2) odore caratteristico di muffe;

3) assenza di erosione sul collo, il che indica essere il processo localizzato alla vagina. È da tenere presente però che in qualche caso si può riscontrare una erosione, ma ciò accade quando il tricomona è associato ad altri microrganismi;

4) i metodi usuali di trattamento non influenzano affatto tale tipo di leucorrea;

5) le malate deperiscono diminuendo di peso ed anemizzandosi.

La frequenza delle leucorree da tricomona aumenta con l'età e raggiunge il suo massimo tra i 18 e i 35 anni. Differenti trattamenti sono stati proposti per la cura di questa affezione, per cui invero le solite lavande vaginali al permanganato o agli ipocloriti non procurano alcun vantaggio. Il sublimato, il mercuriocromo in mani esperte hanno procurato qualche buon effetto, ma secondo l'esperienza dell'A., confermata da quella di qualche altro (Koenig), il trattamento di scelta consiste nell'applicazione vaginale di pillole di yatren 105, come quelle messe in commercio contro la dissenteria amebica e la tricomoniasi intestinale. Le malate introducono la sera prima di andare a letto una pillola in vagina spingendola molto in alto ed una seconda al mattino quando si alzano; così per una settimana tutti i giorni; durante la seconda settimana ogni due giorni; due volte

solo durante la terza settimana e nei mesi successivi solamente 1-2 giorni prima della mestruazione.

Contemporaneamente, poichè qualche volta il tricomona si può trovare nell'uretra, nella vescica e nell'intestino, è utile prescrivere antisettici urinari (urotropina; bleu di metilene) e antisettici intestinali (yatren 105 per bocca contro la diarrea). Buone cure complementari sono le applicazioni di ovuli vaginali glicero-borati al 5 %. Una cura bene condotta porta in generale alla scomparsa rapida del tricomona con tutto il corteo delle manifestazioni infiammatorie genitali ad esso legate, tuttavia è prudente assicurarsi con esami batteriologici ripetuti della sua definitiva scomparsa.

Recidive sono di facile osservazione prima delle regole, ma esse sono man mano sempre meno gravi con un trattamento accurato. Secondo l'A. le ricadute sono probabilmente dovute a forme incistate, inaccessibili pertanto al trattamento.

Una sola volta è stato riscontrato dall'A. il tricomona associato a flora vaginale scarsa (1° grado), poichè ordinariamente esso si accompagna ad un pullulare intenso di germi.

L'associazione col gonococco è riportata da diversi AA., ma essa è di breve durata, analogamente a quanto succede in tutte le associazioni in cui entra il suddetto germe.

SANNICANDRO.

# DIVAGAZIONI

## La psicanalisi e la guerra.

### Corrispondenza tra Einstein e Freud.

Sigmund Freud aveva già considerato il fenomeno « guerra » al lume delle sue dottrine. La psicanalisi ritiene le varie espressioni della psiche nella storia degli individui e dei popoli come la risultante del conflitto tra le tendenze incoscienti e lo stato etico della coscienza. La vita dei popoli è dominata ed indirizzata da istinti bestiali mal dissimulati dall'idealismo. E il materialismo storico va inteso in un senso più lato di quello enunciato da Marx. Non è solo il fattore economico che domina il mondo: i motivi determinanti della storia umana si trovano nelle tendenze psichiche ancestrali. C'è nell'uomo una tendenza alla distruzione che spinge inesorabilmente alla guerra. L'esperienza della guerra reprime solo temporaneamente questo istinto quando non crea altri motivi di lotta. L'uomo fa la guerra perchè nei bassi fondi della sua psiche è un sadista, e i popoli ubbidiscono inconsciamente a questo istinto. La guerra si prepara mentre si appresta la pace ed i governanti predispongono la guerra proprio quando si abbandonano al più pacifico lirismo.

Ora Freud ritorna sull'argomento.

Per iniziativa dell'*Istituto Internazionale per la Cooperazione Intellettuale* della Lega delle Nazioni, Alberto Einstein, il noto autore della teoria della relatività, ha richiesto a Sigmund Freud di discutere i seguenti problemi: Perchè la guerra? Perchè anche le nazioni più civili desiderano distruggersi a vicenda? C'è un mezzo per liberare l'umanità dal fato della guerra? È possibile indirizzare lo sviluppo psichico dell'umanità in modo che possa opporre maggiore resistenza alla psicosi dell'odio e della distruzione?

Nel formulare queste domande Einstein espone alcune sue idee sui mezzi per garantire la pace, idee che non hanno il merito dell'originalità, e che all'atto pratico si sono dimostrate affatto inefficaci: corte arbitrale risolvente le controversie tra le nazioni, rinunzia da parte delle nazioni ad alcune delle loro libertà di azione o di sovranità. Si tratta di tante utopie, che, malgrado siano state sognate da secoli, sono rimaste sempre tali.

Freud risponde da par suo affrontando il problema alle radici.

Egli comincia con l'esaminare il concetto di « diritto e potere » che è stato preso da Einstein come punto di partenza della sua domanda e sostituisce alla parola « potere », quella più dura e impressionante di « violenza ». Diritto e violenza hanno rapporti incontestabili, anzi l'uno è conseguenza dell'altra.

La violenza e la forza risolvono tutto tra gli animali e gli uomini. In ambedue le categorie di esseri il fatto primordiale è lo stesso, c'è la sola differenza che nell'uomo i conflitti psichici implicano più alte astrazioni e quindi la necessità di una tecnica diversa da quella usata dagli animali.

Ma questa non è che una complicazione posteriore derivata dallo sviluppo psichico dell'uomo. In principio nel gregge umano la forza decideva di tutto.

La forza muscolare fu subito potenziata e sostituita dall'uso di strumenti di offesa e di difesa. Colui che possedeva le migliori armi o che meglio le adoperava, vinceva. La scoperta delle armi ha sostituito la superiorità mentale al potere muscolare.

In ogni modo il risultato finale della lotta era lo stesso: uno dei combattenti o per ferite o per altre ragioni paralizzanti la sua attività era costretto a rinunziare ai suoi diritti o alle sue proteste.

Il miglior modo per raggiungere lo scopo era quello di uccidere l'avversario, che cessava così di essere un rivale. Contemporaneamente si dava un esempio agli altri e si soddisfaceva, come si vedrà in seguito, una tendenza istintiva.

Con l'andar del tempo si trovò che era più proficuo non uccidere ma intimidire l'avversario e servirsi di lui: la forza fu adoperata non per uccidere ma per sottomettere il nemico. Ma così facendo il vincitore comprometteva la sua sicurezza, doveva guardarsi dalla vendetta.

Per affrontare la violenza del più forte, i de-

boli si riunirono e si resero così forti con la cooperazione. Ma questa cooperazione per essere possibile ed efficace implicava una rinunzia a pretese, una limitazione della libertà in omaggio all'interesse comune. Sorse così il diritto, che è null'altro che il potere conferito alla comunità per contrastare la forza dell'individuo. Ecco come il diritto è generato dalla violenza, e come il diritto senza forza è un non senso.

Quel che si è detto per gli individui vale naturalmente per le nazioni. Un diritto che regoli i rapporti tra le varie genti sprovviste di una forza capace di far rispettare le sue norme non è possibile.

Purtroppo l'umanità si trova ancora in una tappa del suo sviluppo che rende sempre insolubile il problema della sistemazione permanente e pacifica fra le varie nazioni.

La tendenza alla sopraffazione che negli individui è repressa dal diritto, è libera nei popoli, o è frenata solo dalla paura dell'avversario.

È facile eccitare l'uomo alla guerra perchè egli possiede un impulso di odio che risponde prontamente a tale stimolo.

L'istinto della vita comprende l'impulso erotico o sessuale, mentre l'istinto della morte comprende gli impulsi di aggressione e di distruzione. Ora ambedue questi istinti, vita e morte, sono coesistenti, e tutte le manifestazioni psichiche sono la risultante della loro cooperazione e del loro antagonismo. Essi non funzionano mai isolatamente, l'uno agisce in concorso dell'altro in modo da modificarne reciprocamente gli scopi.

Così l'istinto di conservazione è certamente di natura erotica, ma esso deve fare uso dell'aggressione se vuol raggiungere le sue finalità. Analogamente l'istinto dell'amore ha bisogno dell'istinto di dominazione per ottenere il possesso della cosa amata.

Insomma l'istinto di aggressione e di morte funziona in ogni essere umano e si sforza di condurre alla decadenza dell'uomo, si sforza di condurre la vita allo stato d'impotenza, mentre l'istinto erotico rappresenta lo sforzo per la perpetuazione della vita.

Un essere vivente preserva la propria vita distruggendo quella degli altri, ma una parte di questo istinto è rivolta verso lo stesso individuo. L'incorporazione dell'istinto di distruzione spiega molti stati normali e patologici. La coscienza stessa deve la sua origine ad una deviazione dell'istinto di aggressione verso noi stessi. Se questo processo d'internizzazione è esagerato diventa sgradevole, mentre il rivolgere le forze distruttive verso l'esterno è piacevole. È questo stato di cose che serve come scusa biologica per tutte le tendenze immorali o criminali.

Ciò posto risulta evidente come sia illusoria la speranza di sopprimere le tendenze aggressive dell'uomo. Questo, anche in piena civiltà, vive di aggressioni più o meno dissimulate, o variamente ammantate. Affatto utopistica è l'aspirazione dei comunisti di sviare l'istinto aggressivo appagando i bisogni materiali dell'umanità.

Pertanto lo scopo da raggiungere non è quello di abolire del tutto l'aggressione umana, ma di deviarla verso scopi definiti perchè non si scateni nella guerra.

L'istinto di distruzione e di morte deve essere combattuto dall'istinto contrario: eros. Questo è quello che unisce, che stabilisce tutti gli attaccamenti emotivi nella razza umana. Questi attaccamenti sono di due tipi: il primo consiste in una relazione con l'oggetto amato, anche senza scopi sessuali, l'altro consiste in un processo d'identificazione. La psicanalisi parla qui di amore nel senso di carità, di amare il proprio prossimo come sè stessi e di identificazione nel senso di produzione, di comunione di interessi tra gli uomini e quindi di sentimenti comuni.

Il rafforzamento di tali istinti produrrà inevitabilmente un indebolimento di quegli antagonisti. Ma il raggiungimento di tali scopi non può ottenersi facilmente nè a breve scadenza.

Freud si domanda infine: « Perchè non accettare la guerra come una delle tante strazianti calamità della vita, se essa è una cosa naturale, biologicamente spiegabile e difficilmente prevenibile? ». È facile la risposta. Allo stato attuale della nostra civiltà la guerra comincia a sembrare un anacronismo sia dal punto di vista morale che di quello economico. Se essa è ancora giustificabile, se tende a portare a maggior livello di civilizzazione i popoli in ritardo o in regresso, non trova nessuna ragione sufficiente tra popoli egualmente avanzati. La guerra mondiale che nelle intenzioni dei promotori doveva risolvere tante questioni, non ne ha risolte nessuna e ne ha create delle nuove, ed ha gettato il mondo nella più colossale crisi economica. Anche dal punto di vista estetico, manca ogni elemento allettante perchè i moderni mezzi di distruzione consentono poco l'eroismo individuale.

Il movimento pacifista dell'anteguerra non valse a scongiurare il disastro. Non è facile prevedere quale sarà il futuro. Certo la diffusione della cultura e lo spettro terribile di una guerra avvenire lasciano adito alla speranza. Questi fattori intellettivi ed affettivi concorrono alla repressione degli istinti di distruzione ed a potenziare l'istinto antagonista: l'amore.

*argo.*

---

☛ ***In uno dei prossimi fascicoli pubblicheremo:***

**SULLA COSÌ DETTA "CURA BULGARA" DEL PARKINSONISMO POSTENCEFALITICO**

**Nota preliminare** del Prof. G. PANEGROSSI

Primario Medico nel Policlinico Umberto I – Roma

## NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

BERTRAND RÈME. *La séroréaction blennorragique.* Paris, 1934. Masson et C., éditeurs, pagg. 179.

Sotto il nome di siero-reazione blenorragica si designa il complesso di reazioni applicato allo studio dei sieri gonococcici e basato sui principii enunziati fin dal 1901 da Bordet e Gengou, utilizzati più tardi (1906) da Wassermann, Neisser e Bruck per la diagnosi della sifilide e nello stesso anno per il siero dei blenorragici da Müller ed Oppenheim (reazione della fissazione del complemento nella gonorrea, gonoreazione: per l'A. siero-reazione blenorragica o S. R. B.).

L'A. si propone di presentare i dati acquisiti fino ad oggi, previo controllo, nel campo di questa reazione, il cui valore sembra non essere più contestato, ma che certo non è ancora conosciuta e messa in pratica così come sarebbe necessario. Nel suo lavoro egli espone i risultati di più che 1000 reazioni di deviazioni e 150 di flocculazione e dopo avere fatto la storia delle ricerche relative fino al 1934, espone le varie interpretazioni che possono darsi del fenomeno, la superiorità e la specificità della S. R. B. in paragone degli altri metodi di laboratorio (culture, metodi biologici quali la cuti- e la introderma-reazione, precipitazione, agglutinazione), l'evoluzione della S. R. B., la sua specificità, la data di apparizione nei blenorragici di ambo i sessi e nei bambini, la sua evoluzione lungo il decorso della malattia normale o complicata, la sua scomparsa ed il significato di questa per la diagnosi di guarigione.

Capitoli a parte sono dedicati alla S. R. B. nel liquido c. r., nei liquidi articolari, urine, essudati genitali.

Nelle sue conclusioni l'A. fa rilevare le difficoltà tecniche di queste ricerche specie per ottenere un antigene stabile e sensibile e per le notevoli differenze fra i varî antigeni, fra i quali i polivalenti sarebbero i più appropriati. La S. R. B. sarebbe ad ogni modo quasi sempre negativa nei soggetti sani o in preda ad infezioni non gonococciche: essa non è influenzata da una diagnosi positiva per lues. Si riscontra il 5-10 % di reazioni paradossali e non specifiche ed è dimostrato che nella blenorragia recente esiste una fase presierologica che può prolungarsi sino al 30° giorno.

La S. R. B. diviene, in genere, positiva man mano che l'infezione gonococcica avanza in superficie o in profondità, ed è quasi costantemente positiva nel siero (96-100 %) nel decorso delle complicazioni genitali o articolari e, nelle blenorragie antiche e complicate, può essere positiva anche nel liquido c. r.

La S. R. B. è tenace e può persistere a lungo dopo la guarigione clinica: la sua scomparsa rappresenta un buon segno di guarigione quando vada unita ad altre constatazioni cliniche e batteriologiche: la sua persistenza invece, all'infuori della vaccino-terapia, obbliga ad essere prudenti nel giudizio di guarigione.

La sua presenza permette spesso nella donna di scovare una blenorragia latente (l'80 % delle prostitute hanno una S. R. B. positiva), di riconoscere i portatori di germi e, secondo l'A., essa sarebbe chiamata a rendere dei grandi servizi nella donna incinta se è vero che la blenorragia può trasmettersi al feto.

Tutti questi fatti dimostrerebbero, secondo l'A., il valore diagnostico, pronostico e profilattico della S. R. B.

Chi conosce le insidie del processo blenorragico, le difficoltà talvolta insormontabili, che la pratica ogni giorno mette in evidenza, per riconoscerne la guarigione, anche quando ogni manifestazione clinica sembra cessata, seguirà con vivo interesse questi studii che l'A. ha qui riassunti con sicura competenza, con il sussidio di ricerche personali e larga documentazione bibliografica in cui la produzione italiana è tenuta nel debito conto, a parte i non pochi errori tipografici nei nomi degli autori nostrani e nel titolo dei loro lavori.

Siamo lontani dal condividere l'ottimismo dell'A. circa la possibilità, per ora almeno, d'introdurre nella pratica corrente questo metodo specie per quanto riguarda la profilassi pubblica e la sorveglianza sanitaria sulla prostituzione: ciò peraltro non diminuisce l'importanza di questo lavoro del Rème che ha riassunto in un quadro sintetico bene fatto lo stato attuale di un argomento in pieno fervore di studio e di ricerche (1). V. MONTESANO.

(1) Per essere obbiettivi, segnaliamo un recentissimo lavoro di BONCINELLI della R. Clinica D.-S. di Firenze: *Osservazioni sulla reazione di deviazione del complemento nella blenorragia (Nota I)*, pubblicato nel « Dermosifilografo », settembre 1934. Le ricerche dell'A. autorizzerebbero a ritenere la gonoreazione altamente sensibile e specifica e meritevole di essere più correntemente usata nella pratica diagnostica potendo costituire, in determinati casi, un ausilio non indifferente alla clinica.

---

☛ ***LEZIONI CLINICHE,*** ***di prossima nostra pubblicazione:***

**FEBBRE BOTTONOSA E SODOKU**

Prof. CESARE FRUGONI (Roma)

**ADENOCARCINOMA LATENTE DEL CORPO DEL PANCREAS**

Prof. ANTONIO GASBARRINI (Padova)

**OSTEOARTROPATIA IPERTROFICA PNEUMICA DI P. MARIE** *(Varie à Bamberger).*

Prof. ANTONIO GASBARRINI (Padova)

**COMMOZIONE MIDOLLARE: SINDROME PARAPLEGICA INTERMITTENTE**

Prof. GIUSEPPE JONA (Venezia)

# I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

## XL Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Ore 15 - 17 ottobre 1934.

Presidenza: Prof. C. FRUGONI.

(*Continuazione; v. num. prec.*).

### Risposta dei Relatori.

A. FERRATA (Pavia). — Ringrazia sentitamente i Maestri e i Colleghi tutti che ebbero parole di lode per i relatori e in modo speciale il sen. prof. Maragliano e i colleghi Micheli, ed Ascoli che tanto competenza hanno nel campo degli studi immunologici.

Interessantissimi sono stati gli esposti di Ascoli Maurizio e Centanni sul meccanismo d'azione del vaccino, argomento che l'O. ha appena sfiorato verbalmente desiderando portare qui, in modo speciale, i particolari delle conclusioni terapeutiche, mentre i singoli suoi collaboratori ne hanno ampiamente trattato nella relazione.

Concorda pienamente col prof. Micheli circa l'importanza delle reazioni, compresa la febbrile, nel meccanismo terapeutico del vaccino, qualunque esso sia, convenendo pure che anche nella vaccinoterapia specifica interviene indubbiamente un fattore aspecifico come nelle proteinoterapie in genere.

Il prof. Jemma con notevole vivacità rivendica a lui il metodo della terapia vaccinica nella melitense: nella relazione sono stati ricordati i lavori di Di Cristina e Caronia in proposito, del resto non si è mai parlato di priorità o scoperta terapeutica; è stato solo rilevato questo fatto inequivocabile che finora nessuno o quasi usa la vaccinoterapia endovenosa nella brucellosi; mentre è da presumere che i risultati ottenuti in Lombardia e in Sicilia in questi ultimi anni debbano rendere il procedimento abitudinario a vantaggio dei nostri ammalati.

Concorda pienamente col prof. Ferrannini sulla necessità di scegliere i malati per la vaccinoterapia nel tifo e sulla necessità dell'intervento precoce: è precisamente questa la conclusione a cui è venuto nella relazione e per questo motivo non può condividere il parere del La Franca il quale asserisce di iniziare l'uso del vaccino quando la febbre si è stabilizzata nella sua base massima.

Conviene col prof. Izar che possano nel tifo persistere alterazioni anatomiche anche colla scomparsa febbrile del processo morboso, e per ciò che si riferisce alla melitense deve dichiarare che non si è mai parlato di guarigioni al 100 per 100 come risulta chiaramente dalle sue conclusioni a stampa. Se poi vi sono altri metodi di terapia della melitense più semplici e altrettanto efficaci della vaccinoterapia ben vengano: egli sarà il primo a usarne con grande soddisfazione.

Si è assai compiaciuto nell'ascoltare la esposizione del compaesano dott. Magrassi che porta un lodevole contributo allo studio della patogenesi del tifo venendo a conclusioni non dissimili da quelle raggiunte dai suoi collaboratori.

Credeva il prof. Cesa Bianchi più ottimista di quanto non sia oggi apparso in sede di Congresso. Prende nota dei suoi risultati buoni nella infezione maltese spontanea e di quelli meno buoni nelle epidemie da laboratorio: in questo secondo caso si tratta di avvenimenti di molti anni fa quando non erano ben definite nè le dosi nè il ritmo delle iniezioni; tenendo anche conto che non si sarà trattato poi di un considerevole numero di malati.

Ringrazia l'amico Frugoni delle cortesi espressioni di assentimento. Per quanto si riferisce alla melitense e al tifo insiste ancora nel concludere che per la melitense il problema terapico è praticamente risolto nei limiti delle possibilità cliniche e che per il tifo si tratta specialmente di una questione di tecnica e di tempo per arrivare a risultati migliori degli attuali.

G. BOERI (Napoli). — Non essendo la sua relazione stata oggetto di discussione, non resta al R. che ringraziare tutti gli intervenuti della benevola attenzione accordatagli e delle cortesi parole con cui hanno giudicato la relazione stessa.

Ore 10 - 18 ottobre 1934.

Presidente: generale med. FRANCHI.

### Le pleuropatie nell'Esercito.

Maggiore Medico R. D'ALESSANDRO (Firenze).

*Conclusioni.*

Lo studio delle malattie della pleura ha particolare importanza per il medico militare per la frequenza con cui esse si manifestano nell'esercito, per la gravità di esse, in quanto un'alta percentuale di natura tubercolare è funzione d'infezione tubercolare polmonare od extrapolmonare riattivata sotto l'influenza di fattori etiologici generici o particolari, specifici alla vita del soldato ed all'ambiente militare.

La frequenza e la gravità dell'affezione hanno giustamente richiamato l'attenzione del Direttore Generale di Sanità Militare, il quale ha stabilito che lo studio di essa fosse l'argomento di questa relazione.

Da ricerche statistiche portate sul decennio 1921-1930 si rileva, oltre la maggior frequenza delle pleuriti nell'esercito rispetto ad altre malattie di una certa importanza, che in alcune divisioni militari le pleuriti sono più frequenti che in altre, il che, se equivale a riconoscimento di rapporti fra pleuriti e determinate circoscrizioni territoriali, aventi caratteristiche meteorologiche particolari, per cui più intensa e frequente è l'azione di fattori favorenti la malattia, è da mettere anche in rapporto alle armi e corpi di esse prevalentemente dislocati, il cui impiego maggiore li espone a fattori morbigeni.

Dallo studio della morbilità secondo le diverse armi e corpi, dalla maggiore frequenza in alcuni delle pleuriti, si rilevano altri elementi atti a lumeggiare il fenomeno morboso, e risalta l'importanza e del fattore uomo e del particolare servizio che il soldato disimpegna, onde la maggiore morbilità nelle compagnie di sanità, nelle armi a piedi, nei reali carabinieri, nel genio. Dalle statistiche del R. altro dato degno di considerazione è che la mortalità è più alta nei mesi di maggio-

giugno-luglio, cioè dopo due, tre, quattro mesi che le reclute trovansi in servizio.

*Etiopatologia.* — Secondo la felice concezione di Landouzy, largamente poi dimostrata, la pleurite è uno stato morboso sintomatico, è funzione di altra malattia, che in alta percentuale è l'infezione tubercolare nel polmone o in altri organi indovata.

Ma essa può seguire anche ad altre malattie frequenti nell'esercito: polmonite, broncopolmonite, infezione grippale, reumatica, luetica, tifoidea, lesioni di organi addominali.

Ed anzitutto, in considerazione della prevalente etiologica tbc. delle pleuriti, dobbiamo considerare i fattori determinanti o favorenti l'infezione tbc. nel soldato.

Il fattore età, a ventun anni le reclute sono chiamate alle armi, ha grande importanza, perchè è un fattore costante.

L'alimentazione nuova cui le reclute sono assoggettate importa alterazioni di meccanismi e complessi digestivi esistenti e modificazione e ricomposizione di essi, il che non sempre avviene, nè sempre completamente, per cui, almeno nei primi periodi del servizio militare, l'alimentazione non sempre risulta sufficiente.

L'allenamento ancora è da considerare, in quanto impone a tutta una massa d'individui, a requisiti psico-fisici non uguali lo stesso lavoro non solo, ma anche un lavoro nuovo, che richiede nuove attività dei diversi organi ed apparati, onde durante tale periodo si crea uno stato d'inferiorità fisiologica e forme morbose latenti e forme deficitarie si estrinsecano in sindromi più o meno complete.

Dobbiamo poi ben valutare l'importanza delle cause perfrigeranti, frequenti nell'esercito, le quali se non rappresentano il fattore determinante della malattia, per l'abbassamento della resistenza organica, come le ricerche di Pasteur e Maragliano hanno dimostrato, costituiscono un fattore coadiuvante di valore cospicuo, inibendo forse l'attività fagocitaria dei leucociti, elementi squisiti di difesa dell'organismo.

Particolare attenzione meritano ancora come fattori favorenti l'infezione tubercolare alcune malattie molto frequenti nell'esercito e qui va menzionata l'influenza, il morbillo, la malaria, la lue, le malattie acute e croniche dell'apparato respiratorio, l'infezione tifoidea.

Alcuni autori sono andati anche oltre ed hanno in base ad osservazioni cliniche e sperimentali chiamate in causa le vaccinazioni antitifiche ed antivaiolose. Tali osservazioni, pur mancandoci precise documentazioni, devono essere oggetto di seria considerazione.

Considerando questi fattori succintamente ricordati, il cui intervento nei primi mesi di servizio è talora più frequente, spesso costante ed intenso, si può agevolmente comprendere il risveglio o il determinarsi della infezione tubercolare in tal periodo, che costituisce quasi un reattivo molto squisito di essa e che può determinare come unica manifestazione clinica o come reazione allergica perifocale la flogosi pleurica. Ciò trova conferma anche nelle nostre statistiche dimostranti che il 53 % di tutte le pleuriti si ha nei primi mesi di servizio e nelle curve mensili di morbilità il cui punto più alto corrisponde ai mesi di aprile, maggio, giugno, luglio cioè dopo 1, 2, 3, 4 mesi che le reclute sono in servizio.

*Influenza delle pregresse e concomitanti pleuriti sui processi tbc. del polmone.* — In considerazione dell'alta percentuale di pleuriti tbc. e sempre in tema di etiopatogenesi, tale valutazione è per il medico particolarmente importante. Le opinioni in proposito sono notevolmente divergenti. Mentre per alcuni la pleurite essudativa in dipendenza dell'intensità del processo flogistico esalta i poteri di difesa dell'organismo onde un'influenza benefica sul processo tbc. del polmone, per altri è precisamente l'intensità del processo flogistico, indice di alta virulenza del germe, che non permette di preparare valide difese all'organismo e quindi esercita una influenza dannosa. Il R. ha considerato 600 soggetti (300 con e 300 senza pregressa pleurite) riconosciuti affetti da lesioni tbc. del polmone presso il centro di accertamento diagnostico dell'ospedale militare di Firenze. Da tale inchiesta è risultato che le forme gravi raggiungono una percentuale più alta (35,33 %) quando vi è pregressa pleurite, che quando questa manca (22,67 %). Considerazioni su tali risultati e deduzioni saranno fatte dopo che avrà considerato l'altro aspetto della questione, cioè il destino del pleuritico in rapporto all'ulteriore evoluzione della tubercolosi dei polmoni o di altri organi.

Le indagini statistiche in proposito hanno dato risultati quanto mai disordinanti dal 10 % al 100 % e taluni hanno persino ritenuto molto rara la tbc. polmonare nell'avvenire del pleuritico. Ancora, mentre alcuni ammettono che tra la pleurite e la successiva malattia tubercolare vi sia sempre un periodo di latenza, altri ritengono che già durante la regressione della prima si possono rilevare segni non dubbi della seconda e parlano quindi di vera continuazione di processo.

La flogosi pleurica, funzione dell'infezione tubercolare, talora è l'unica manifestazione clinica dell'avvenuta infezione tubercolare del polmone come quasi sperimentalmente Hamburger ha dimostrato e poi anche Heimbeck, Grau, Corbini. Più spesso è essa espressione di un risveglio di un focolaio tbc. prima latente e torpido, è una componente in soggetto allergico di una ripresa evolutiva di esso, determinatasi per l'intervento di fattori etiologici generali e particolari al nostro soldato e come nuova localizzazione dell'infezione tbc. non sarà senza influenza sul focolaio primitivo, influenza diversamente valutata.

La nostra inchiesta sull'ulteriore destino dei pleuritici e sui precedenti morbosi di 500 tbc. polmonari accertati presso l'ospedale militare di Bologna dimostra che il focolaio bacillare riattivato, determinante la pleurite, in una percentuale abbastanza elevata di casi continua la sua marcia e non è infrenato certo dall'episodio pleurico.

D'altra parte l'inchiesta portata su 600 tbc. polmonari accertati presso l'ospedale militare di Firenze non dimostra un'influenza benefica della pregressa e concomitante pleurite sulla tbc. polmonare, in quanto questa in soggetti con pregressa pleurite ha dimostrato decorso grave in una percentuale più alta che in quelli in cui la pleurite mancava.

Nè maggiori consensi riscuote un'immunità istiocitaria. Le neoformazioni connettivali e fibrose, favorenti secondo alcuni la cicatrizzazione della lesione polmonare, in secondo tempo determinano disturbi funzionali e circolatori del polmone, che favoriscono il progresso dell'infezione.

*La nostra casistica.* — Comprende lo studio di 40 pleuritici allo scopo di meglio comprendere e lumeggiare la forma morbosa.

L'inizio, la curva termica, il decorso e la durata della malattia di solito presentano note caratteristiche che, valutate pure con le dovute riserve, ci danno elementi utili per la precisazione etiologica della malattia. Quest'ultima, d'importanza capitale per la terapia e il provvedimento medico-legale, il R. ha stabilito mediante l'esame citologico del versamento, la prova biologica reazione di fissazione del complemento e sieroreazione di Besrerka. Tali ricerche parallelamente valutate gli hanno permesso anche di stabilire il valore che ad ognuna di esse è da assegnare.

Altre ricerche ha praticato allo scopo di meglio lumeggiare la malattia pleurica nella sua essenza.

La determinazione della colesterina nel sangue e nel liquido pleurico nella fase essudativa e la prima anche a liquido riassorbito, al R. ha dimostrato valori bassi nella prima fase, che poi si riprendevano quando la malattia regrediva.

La velocità di sedimentazione di solito si è dimostrata accelerata, anche notevolmente, nella fase essudativa.

La siero-coagulazione di Weltmann, mentre nella fase essudativa era deviata a sinistra, si allungava o deviava a destra col riassorbimento del liquido. I risultati di ambedue le ricerche, di solito concordanti, sono in dipendenza di alterazioni nei rapporti delle frazioni proteiche del siero e precisamente di un aumento della frazione globulinica durante la fase flogistico-essudativa, indicante attività ed evoluzione del processo morboso. Infine lo studio degli elementi della serie bianca del sangue ha dimostrato nel periodo essudativo aumento dei neutrofili e monociti e diminuzione dei linfociti, espressione della diffusione dell'infezione tbc. e dell'esaltazione dei mezzi di lotta dell'organismo, fase neutrofila di lotta secondo Schilling. Contemporaneamente lo schema di Arneth, spesso deviato a sinistra mi indicava sempre la gravità della malattia.

*Questioni medico-legali.* — In considerazione della frequenza delle pleuriti nell'esercito e della disparità di valutazione che è data osservare, il R. reputa doveroso mettere le questioni medico-legali relative nei termini più precisi possibili.

Una prima questione riguarda l'idoneità al servizio militare dei pleuritici curati nei nostri ospedali.

Questione di più difficile soluzione è quella dell'idoneità al servizio militare degli ex pleuritici in quanto si tratta di ben stabilire la natura e gli esiti della pregressa pleurite. Di tali esiti talora il rilievo e la valutazione sono agevoli, quando essi sono marcati e provocano disturbi funzionali tali da far ritenere, indipendentemente dalla natura delle lesioni, l'individuo non idoneo al servizio militare. Ma spesso ci troviamo di fronte a sinfisi ed aderenze localizzate, poco estese, poco spesse, con disturbi soggettivi scarsi o assenti. Qui tutto dipende dalla precisazione etiologica del processo che quegli esiti ha determinato: spesso è in causa l'infezione tubercolare, ma anche altre malattie sono da considerare, che indirizzano diversamente la valutazione medico-legale.

In tali evenienze, bisogna pur riconoscerlo, è messo a dura prova l'acume del medico militare; l'opinione ed i giudizi quindi sono quanto mai discordi. È uno dei capitoli più irti di difficoltà che ci offra la patologia militare.

Con la istituzione dei nostri centri di accertamento diagnostico per la tubercolosi, che vanno sempre più perfezionati, seguendo i progressi continui nello studio e conoscenza della malattia tubercolare, vera passione e travaglio di uomini di scienza e di governo, si offre alla soluzione del problema una via di uscita. Appare evidente dalle premesse che lo studio dell'ex pleuritico si riduce essenzialmente a stabilire se esso sia o sia stato un tubercolotico, alla ricerca di eventuali focolai bacillari latenti, specie per l'intervento di quei fattori già esaminati.

Giusta quindi appare la necessità di avviare ai detti centri l'ex pleuritico, ove l'esame clinico accurato, confortato dall'esame radiologico e da tutte le ricerche di laboratorio occorrenti, offrirà all'ufficiale medico tisiologo nella maggioranza dei casi elementi sufficienti, che, giustamente valutati, lo porteranno a risolvere equamente la delicata questione.

Buona norma è quella di eliminare gli ex pleuritici la cui malattia risulta di natura tbc. e quelli per cui altra etiologia non è precisabile, anche quando lo stato generale è buono, scarsi, ma non dubbi i rilievi obbiettivi a carico dell'apparato respiratorio.

## Discussione della Relazione.

E. MARAGLIANO (Genova). — Dopo essersi congratulato con il Relatore per l'opera così completa che costituisce un prezioso documento della patologia della pleurite, l'O. ricorda come fra le tante questioni che si riannodano a questo argomento una è sopratutto di grande importanza e cioè se le pleuriti debbono essere ritenute sempre di natura tubercolare. Tale concetto sostenuto per primo da Landouzy e successivamente confermato dall'O. sulla base di osservazioni cliniche, non trova oggi unanime consenso, e ciò è un errore. Dalla maggioranza dei medici non si vuol ammettere l'azione patogena bacillare in qualsiasi forma morbosa, in cui non si verificano focolai tubercolari localizzati e pronunciati: questo proviene dal non voler considerare che i veleni tubercolari, emanati dai bacilli esistenti nella massima parte degli uomini, possono dar luogo a fatti tossiemici che alterano la resistenza dei tessuti e li rendono sensibili all'azione delle molteplici cause perturbatrici che insidiano l'organismo nell'ambiente in cui vive. Questa tossiemia, può essere facilmente scoperta per mezzo dell'enzimoreazione, metodo d'indagine di semplice esecuzione ideato e preparato dal prof. Sivori. Ora è da ritenere che le pleuriti, anche se non accompagnate o non seguite da localizzazioni stabilizzate in qualche tessuto, possano essere dovute a tossiemia tubercolare che è dimostrabile. Si compiace di ripetere i sensi della sua ammirazione per il gen. medico Franchi, ammirazione per lui e per il Corpo sanitario militare, cui egli si gloria di aver appartenuto per tutta la durata della guerra, di questo Corpo che ha pagato con la vita di tanti suoi membri così largo tributo alla Patria.

F. GALDI (Pisa). — L'O. si compiace sia con la Direzione di Sanità Militare per la scelta di questo tema di notevole importanza e d'indole pratica, sia con il Relatore per aver sviscerato l'argomento

con grande competenza e padronanza di molteplici quesiti.

L'O. desidera però far rilevare che se l'etiologia specifica si riscontra nella massima parte delle pleuriti, tuttavia non si può essere nettamente assolutisti, inquantó si vedono qua e là dei casi in cui non esistono affatto precedenti tubercolari ed il versamento pleurico consegue ad un'angina o ad un vero e proprio attacco di reumatismo articolare. Esso contiene a prevalenza polinucleari, si complica talvolta con versamenti pericardici e peritoneali, si riassorbe validamente sotto generose dosi di salicitato Na ed una volta scomparso, lascia indenne l'individuo come l'O. ha potuto constatare nella sua Clinica seguendo gli infermi a lunga distanza di tempo.

Per questi casi s'invoca un'etiologia reumatica, che è oggi ammessa dai buoni Trattatisti, senza entrare nei rapporti ormai molto discutibili fra reumatismo poliarticolare e tubercolosi. Le indagini nelle pleuriti dei soldati, organismi giovani che vanno spesso soggetti al reumatismo poliarticolare, potrebbero portare molta luce intorno ad un problema etiologico di non scarso rilievo.

In secondo luogo l'O. amerebbe sapere dal Relatore che convincimento egli si è formato circa i rapporti che la Scuola costituzionalistica massimamente italiana ha messi in evidenza fra torace schiacciato e predisposizione alle pleuriti, tanto che si è perfino parlato di un « torace pleuritico ». Naturalmente questo lato morfologico dell'individuo lascia impregiudicata la questione dei germi patogeni che sono indispensabili nel movimento causale del processo morboso. Pur essendo infatti tutti d'accordo che l'indagine costituzionalistica, applicata segnatamente alla Clinica, non va limitata alla sola considerazione delle forme corporee ma va completata dalla ricerca biochimica, endocrinologica, ecc., tuttavia è certo che la morfologia rimane la base salda di questi studi e forse per nessun'altra malattia o gruppo di malattie la forma di una regione del corpo ha tanto significato come ne ha il torace piatto per le pleuriti. Ora il torace schiacciato o piatto, che sotto questi riguardi delle pleuriti è stato particolarmente studiato dall'O., è un torace morfologicamente poco mobile. Dal punto di vista militare il quesito acquista speciale importanza per quanto concerne le visite e le osservazioni di leva. L'O. si augura che la Sanità Militare, potrà fornire su questo argomento del torace schiacciato una messe di ricerche veramente interessanti.

A. OMODEI ZORINI (Roma). — Si associa alle parole dei proff. Maragliano e Galdi che hanno rilevato la vastità e profondità della relazione del collega D'Alessandro. Desidera accennare solo ad alcuni punti di patogenesi e di terapia, sui fattori endogeni delle pleuriti essudative dei militari. Non dà che una scarsa importanza al focolaio polmonare primario il quale di solito regredisce entro i primi 10 anni di vita, lasciando tutto al più delle aderenze pleuriche limitate, mentre si dichiara partigiano della genesi ematogena o linfoematogena. È d'accordo con il Relatore nell'interpretare la pleurite come una manifestazione vera e propria della malattia, non come un mezzo di difesa spontaneo. Essa poi ha il grande svantaggio di provocare sinfisi che si oppongono più tardi all'attuazione di un pneumotorace in caso di bisogno di intervento.

A questo proposito rileva la necessità che tutte le pleuriti essudative vengano trattate con il metodo della pneumotoracentesi (Forlanini, Morelli), l'unico che possa impedire o diminuire il formarsi di estese sinfisi pleuriche, come è dimostrato, fra gli altri, da un lavoro di Luzzatto Fegiz su materiale clinico dell'Istituto B. Mussolini.

U. CARPI (Milano). — Segnala il notevole contributo che i centri militari di accertamento diagnostico portano alla lotta sociale contro la tubercolosi per la larga selezione che possono attuare sulla parte migliore della nostra popolazione all'atto della chiamata a servizio militare. Entrando in merito alla Relazione, l'O. rileva l'importanza che i precedenti pleuritici di natura tubercolare assumono come fattori di infezione latente, che i traumi, i raffreddamenti e le fatiche del servizio militare possono riattivare provocando gravi manifestazioni di localizzazioni pleuro-polmonari evolutive. Conferma le vedute del Relatore dirette a sfatare la pretesa azione dei versamenti pleurici e la necessità che la pleurite con versamento sia razionalmente curata con la pneumotoracentesi e con cure complementari tisiatriche e igieniche generali.

M. LANDOLFI (Napoli). — Riferisce alcune ricerche sue già pubblicate con autopsia di 3 casi di versamento pleurico sinistro, in cui il cuore si spostava con un determinismo particolare, da trarne conseguenze per la pratica, nel senso che quando il cuore tende a spostarsi *in toto* occorre una pronta toracentesi.

G. PICCOLI (Bologna). — L'O. eseguendo una serie di ricerche antropometriche, secondo il metodo Viola, su circa 200 soldati, già affetti da pleurite essudativa e confrontando tali dati con quelli del tipo medio normale, ha potuto mettere in evidenza come nei pleuritici predomini con notevole frequenza l'abito longilineo, microsplancnico.

**Risposta del Relatore.**

Ringrazia il prof. Maragliano per i lusinghieri apprezzamenti fatti sui risultati esposti nella relazione e che acquistano particolare importanza per l'autorità e particolare competenza del Maestro in tale interessante capitolo della medicina, alla cui migliore conoscenza e progresso tanto ha contribuito.

Ricorda poi che nel suo lavoro ha tenuto ben presente quel quadro morboso precoce dell'infezione tubercolare, morbo tubercolare del Maragliano, e se nell'interpretazione dei risultati ottenuti dai due autori giapponesi, Kanai e Minami, nello studio della pleurite militare giapponese, è giunto alla conclusione che per quella pleurite è da ammettere l'etiologia tubercolare, ciò è stato precisamente, oltre che per altre considerazioni, anche in base alla conoscenza di tale manifestazione precoce dell'infezione tubercolare.

Al prof. Galdi, cui è sentitamente grato per il giudizio molto favorevole espresso sulla relazione, risponde che per quanto riguarda il rapporto tra la particolare forma del torace e la malattia della pleura, i risultati finora conseguiti in base a poche osservazioni sono scarsi; si ripromette che, disponendo di materiale, riprenderà lo studio sotto tal punto di vista, per quanto nell'esercito le de-

viazioni dal tipo costituzionale normale non possono essere accentuate, in quanto soggetti, che presentano ectipie costituzionali marcate, vengono nella selezione del contingente di leva eliminati.

Ringrazia il prof. OMODEI-ZORINI per aver richiamato in tema di etiopatogenesi l'attenzione su quei dati dal relatore esposti, il che ha particolare importanza di considerazione della grande competenza del tisiologo dell'Istituto « Benito Mussolini ».

Quanto alla terapia, che di proposito non ha trattato, non essendovi nulla di particolare da dire in quanto riguarda la terapia della pleurite nel soldato, tiene a dichiarare che negli ospedali militari di solito la pleurite viene curata con toracentesi e pneumotorace mediante l'apparecchio Morelli. Di esso anzi sono dotati non solo gli ospedali territoriali, ma anche le nostre formazioni sanitarie di mobilitazione.

L'affermazione autorevole del prof. Carpi sull'influenza dannosa della pleurite concomitante sui processi tubercolari del polmone, in pieno accordo con quanto il Relatore ha esposto e dimostrato in base a ricerche statistiche e ad indagini ematologiche ed umorali, acquista grande importanza data la spiccata competenza del tisiologo milanese e di tanto gli è particolarmente grato. Circa la auspicata collaborzione della Sanità Militare nella lotta contro la tubercolosi, nel senso di comunicare i risultati degli esami praticati presso i nostri centri di accertamento diagnostico, il Relatore fa noto che i militari tubercolotici accertati vengono denunziati alle autorità sanitarie civili. Per poter poi giustamente prendere in considerazione tutta la questione, quale la prospetta il prof. Carpi, occorrono proposte più concrete, onde addivenire ad una soluzione.

Ringrazia infine il prof. Landolfi per l'importante contributo casistico portato, ma il Relatore dichiara che durante tutto il suo lungo servizio ospedaliero, pur avendo osservato parecchi casi di pleurite purulenta, non ha mai rilevata l'alterazione costatata dall'illustre collega napoletano.

(*Continua*). A. POZZI.

## XLI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Ore 9, 18 ottobre 1934.

Presidenza: Prof. R. ALESSANDRI.

(*Continuazione; v. num. prec.*).

### Comunicazioni inerenti al tema di Relazione.

QUIRI A. (Bologna). — *Un caso di occlusione da probabile malformazione congenita del cieco e del primo tratto del colon ascendente.* — Descrive un caso di occlusione acuta del cieco in un uomo di 30 anni nel quale all'operazione fu trovato l'ultimo tratto dell'ileo, l'appendice ed il cieco enormemente distesi. Il cieco era in sede normale, nè vi era alcun accenno a volvolo o a inversione.

Nessuna aderenza, membrana o briglia poteva essere invocata come causa dell'occlusione, nè alcun processo patologico dell'appendice o fatti di invaginazione. Nel lume non si è palpata alcuna massa come da corpo estraneo o tumore, si è nettamente avvertito per il contrario un diaframma situato tra il tratto dilatato e l'ansa dell'ascendente a valle. Tale cingolo era così stenosante che neppure la punta del mignolo introflessa nel cieco riusciva a penetrare. Per la gravità dei fenomeni in atto che risalivano a circa 20 ore si è praticata una ileo-traverso-stomia latero-laterale (operatore prof. PAOLUCCI) ed il malato è guarito. Sono state descritte dilatazioni segmentarie del colon dal Schomaker (1931) ed altri casi di occlusione da causa rara o poco chiara; nel caso da noi operato però pensiamo trattarsi di uno spasmo accentuato dello sfintere descritto dal Busi, perchè come afferma l'illustre radiologo « il disordine di queste formazioni, la mancanza della loro contrazione o l'eccesso (spasmo) debbono essere certamente chiamati in causa per molti patimenti di questi tratti dell'intestino ». Inoltre tale sospetto diagnostico è stato confermato con l'esame radiologico con un clisma opaco eseguito circa un mese dopo l'operazione che ha dimostrato in modo costante in esami eseguiti a vario periodo di tempo la presenza dello sfintere del Busi.

### Discussione della Relazione.

CAUCCI A. (Ancona). — Riassume qualche concetto d'indicazione e di fisiopatologia operatoria, desunto dall'osservazione pratica.

1. *Cololisi.* — La liberazione delle aderenze è indicata quando risulti che esse siano causa di stenosi o comunque d'impaccio meccanico alla funzione motoria del crasso.

2. *Plicature e pessie.* — La plicatura non sopprime la causa della dilatazione — sia questa secondaria ad un ostacolo o ad un'alterazione della muscolare — persistendo: la causa, l'ectasia dovrà recidivare. Può forse ritenersi un completamento utile dell'appendicectomia la cecoplicatura (sutura della taenia anteriore con la laterale) in caso di lieve tiflectasia e ceco mobile: in quest'ultimo detta plicatura può opporsi al prevalere dinamico della taenia mediale, che determina, secondo KLOSE, la torsione del ceco. Le pessie nelle ptosi rispondono ad un preconcetto teorico molto discutibile. Le ptosi sono causa di disturbo quando insorgono difficoltà meccaniche allo svuotamento: difficoltà determinate o da aderenze fissanti le inginocchiature, o da insufficienze dinamiche.

Le pessie non sopprimono nè le une, nè le altre, anzi, provocando aderenze rischiano di creare nuove difficoltà.

Logica appare la pessia sol quando ripristina una normale coalescenza mancante, come in caso di mesenterio comune.

3. *Anastomosi ed esclusioni.* — Sono operazioni che rischiano d'essere inutili e dannose, quando l'indicazione non sia precisa. Le anastomosi non funzionano quando la canalizzazione intestinale sia integra; le esclusioni unilaterali sono pericolose se nel tratto escluso esista, o si possa formare (tumore) una stenosi, perchè nel tratto ceco a monte di questa si favoriscono ristagni, con complicazioni infiammatorie ed occlusive. Onde la norma: mai eseguire anastomosi in assenza di ostacolo e mai esclusione in presenza, o in potenza, di stenosi.

L'indicazione unica dell'anastomosi è la stenosi (quando questa non sia direttamente soppremi-

bile) che il più delle volte sarà data da inginocchiature fisse. L'esclusione unilaterale dovrebbe rispondere all'indicazione della derivazione interna, in assenza di ostacolo; ma, se interrompe il circolo oro-anale, espone al riflusso e al ristagno fecale.

Pertanto le operazioni, così dette, di corto circuito, in assenza di ostacolo hanno indicazioni eccezionali e con risultato incerto. Possono dare risultati favorevoli nelle flogosi circoscritte; coliti segmentarie pseudoneoplastiche, tubercolosi localizzata, tumori con suppurazione perineoplastica; esse riducono i fatti infiammatorî e possono guarirli (anche l'O. ha un caso di guarigione di un tumore infiammatorio). Invece nella così detta « stasi intestinale cronica » queste operazioni sono da bandire. È d'accordo col R. che tale espressione deve essere ritenuta in senso sintomatico; non si tratta d'una malattia. Soltanto quando la stasi fecale sia conseguenza d'un ostacolo meccanico la cura chirurgica è indicata, ma quando è l'espressione d'un disturbo funzionale, gli interventi sul canale intestinale sono da bandire, eccetto i casi con allungamenti ed ectasie abnormi trattabili con la colectomia parziale.

4. *Ani artificiali.* — Rispondono al quesito della derivazione completa del circolo fecale. Inoltre consentono, nelle resezioni, la restaurazione della continuità colica nelle migliorate condizioni e col minimo rischio operatorio. Sono pertanto una grande risorsa della chirurgia colica, che ne riducono la gravità; non devono essere considerati come un espediente « abominevole » da evitare con la virtuosità operatoria, ma una tappa salutare del procedimento operatorio.

L'ano artificiale, per ottenere la derivazione totale, deve essere eseguito secondo la tecnica di Maydl con la formazione dello sperone, ovvero con l'estrinsecazione dei monconi colici sezionati ed affiancati a canne di fucile. Pertanto l'ano cecale, costituito a mo' d'un'enterostomia laterale, insufficiente alla derivazione (se con la sua ampiezza non provochi il prolasso della valvola ileocecale), è da evitare; la perdita subcontinua di materiale liquido e irritante lo rendono mal tollerato. Si ammette che l'ano cecale sia per la chirurgia del colon quello che è l'ano iliaco per la chirurgia del retto: bisogna che ciò non sia! Per la chirurgia del colon sinistro, cioè dell'angolo splenico sino al retto, la sede d'elezione per formare l'ano è il trasverso; l'ano trasversario, eseguito con la tecnica classica dell'ano iliaco (previo scollamento colo-epiploico) ripete tutti i pregi dell'ano sul sigma, cioè derivazione assoluta e defecazione a lunghi intervalli di materie fecali solide, non irritanti.

L'ano cecale resta l'enterostomia di necessità nell'occlusione acuta del colon a sede indeterminata, o quando l'ostacolo sia a monte dell'angolo splenico, e nelle coliti; per quanto anche in quest'ultimo caso potrebbe essere sostituito dall'ano alla Maydl sull'ileo terminale per la completa derivazione e per non operare su pareti cecali infiammate.

5. *Resezioni.* — La colectomia segmentaria, sufficientemente estesa, è un'ottima operazione, che risponde con successo a numerose indicazioni, comprese quelle per le quali le operazioni conservatrici hanno dato cattiva prova, cioè i gravi fatti aderenziali, le considerevoli malformazioni, gli allungamenti e le ectasie causanti inginocchiature e torsioni, oltre alle alterazioni parietali irriducibili.

Ritiene l'O. che non sia consentito affidare alla « bontà del caso » e alla padronanza della tecnica il diritto della resezione in un tempo *in occlusione acuta* o cronica: in tale stato è perentorio resecare *in più tempi*, con una fase di derivazione cutanea, sia con ano preliminare e resezione secondaria e restaurazione immediata della continuità con circolo fecale deviato, sia con resezione immediata portando all'esterno i monconi e restaurazione secondaria.

A canalizzazione intestinale normale la resezione del segmento destro (seguita da ileo-colostomia) sarà praticata in un tempo, pur che non manchino le condizioni permittenti. Le resezioni invece dei segmenti sinistri, — trasverso e colon sinistro — cioè seguite da colo-colostomia, possono essere praticate, secondo le condizioni del soggetto e dell'intestino e secondo il temperamento e l'abilità del chirurgo, in uno o più tempi. Ma è certo che il metodo in più tempi offre le maggiori garanzie di successo, di fronte al quale poco conta la brillantezza dell'operare. Due sono i metodi in più tempi da ritenere: quello a tre tempi, cioè la resezione e colo-colostomia precedute da derivazione cutanea, e quello a due tempi, cioè resezione immediata e colo-colostomia successiva con derivazione cutanea intervallare.

La colectomia secondaria all'anastomosi preliminare ha rare indicazioni di necessità (quando si voglia evitare l'ano preventivo), perchè è intervento non meno complesso della colectomia in un tempo.

Fra i due metodi fondamentali con ano temporaneo l'O. dà la preferenza al metodo in due tempi (colectomia immediata) come quello sicuramente più benigno (oltre che più facile e più breve); e crede di restringere l'indicazione del metodo a tre tempi nei casi operati in occlusione acuta con la formazione dell'ano artificiale e in quelli in cui non sia possibile l'estrinsecazione del tratto da resecare, con il moncone efferente sano. La ragione precipua della preferenza sta nel fatto che la sutura colo-colica resta extraperitoneale e juxtaparietale.

Nel *volvolo del sigma*, anche con intestino ben nutrito, l'O. sostiene il vantaggio della colectomia immediata in due tempi, come il metodo più sicuro e atto a prevenire le recidive, preferibile alla riduzione dopo detorsione, che dovrebbe, secondo i più, essere seguita da resezione a freddo.

L'O. in caso d'*invaginazione irriducibile bassa* (con testa nell'ampolla rettale) ha eseguito la resezione dell'invaginato con sua eliminazione per le vie naturali, mediante sezione del meso dell'invaginato schiacciamento dei tre cilindri al colletto e soprastante sutura invaginante tra ansa afferente e guaina.

La *colectomia totale* in un tempo è operazione da mettere al bando. La sua indicazione giusta sarebbe per il megacolon totale vero, nel quale invece è opportuno procedere a tappe con resezioni segmentarie, cominciando dal megasigma. L'O. ha eseguito con successo la resezione in due tempi del sigma associata all'anastomosi del ceco con la parte bassa del colon pelvico: la resezione sopprime la porzione principale del megacolon, la cecosigmoitostomia drena il crasso prossimale, ostacolato a valle da inginocchiature.

L'O. ha osservato alcuni casi di *dolicosigma associato a manifestazioni morbose dell'addome destra* (appendicite, ulcera gastro-duodenale, colecistite) e si domanda se in questi casi non sia utile la sigmoidectomia.

A conclusione, l'O. vuol sottolineare che il poter procedere in più tempi nelle resezioni, con una fase temporanea di derivazione cutanea, è un grande privilegio della chirurgia colica, che permette d'abbassare sorprendentemente la cifra della mortalità e pertanto consente la volgarizzazione di atti operativi, che in tal modo divengono facili e benigni.

STOCCADA J. (Suzzara). — È d'accordo col relatore sulla opportunità di procedere alla resezione nella tubercolosi ipertrofica del cieco anche perchè in due casi ha visto associata alla forma specifica il cancro. Per propria esperienza consiglia a diffidare delle biopsie. Nell'occlusione acuta da volvolo del colon ileo pelvico — frequente in soggetti di età avanzata — crede che il metodo di scelta sia la resezione in più tempi. In anestesia locale con laparotomia sotto ombelicale mediana detorce ed esteriorizza l'ansa intestinale. Se l'estrinsecazione completa riesce difficile interrompe fra legature il meso sigma. Avvicina a canna di fucile con punti alla Lembert le due anse badando di non comprendere nella sutura il meso. Restringe la breccia laparotomica e introduce un tubo Paul-Mixter che fissa con punti a borsa di tabacco. Dopo 4-5 giorni quando ritiene sufficienti le aderenze tra peritoneo parietale e viscerale procede col termocauterio alla resezione dell'ansa estrinsecata. Dopo un mese schiaccia con un enterotribo a branche molto lunghe il setto, indi procede alla chiusura dell'ano iliaco. Ha potuto così portare in porto ammalati vecchi defedati in preda a grave stercoremia, mentre con la resezione in un tempo ha lamentato qualche decesso.

CAPPELLI L. (Ancona). — L'O. riferisce che dal 1928 ha eseguito 10 *colectomie* ed altri interventi sul colon come *lisi*, *plicatio*, ecc. Ha dato la preferenza agli interventi conservativi e ha adottato l'ectomia quando gli è sembrata indicata per le particolari condizioni e gravità del caso e quando, per i dati della sua esperienza personale, ha ritenuto che l'ectomia potesse risolvere il problema curativo meglio del metodo conservativo.

Le indicazioni dell'ectomia sono state sopratutto per dolicocolon e megacolon secondario con complicazioni o meno di stati colitici più o meno gravi, da aderenze stenosanti, angolizzazioni, ecc. La sintomatologia consisteva generalmente in: dolori addominali, coliche, fenomeni di subocclusione, talvolta enterorragie, astenie, dimagramento, ecc.

Come condizione di successo operativo e funzionale ha dato grande importanza all'assenza di fenomeni di origine nervosa nel quadro patologico intestinale. Gli esami clinici e radiologici sono stati sempre accurati; ma dando pure la massima importanza all'indagine radiologica ha creduto che l'esame diretto con la laparotomia dovesse costituire l'elemento principale di decisione nella scelta del metodo operativo.

L'esperienza personale del passato lo ha reso poco fautore delle *anastomosi* come pure delle *pessie* e gli è sembrato che un ceco mobile per esempio funzioni meglio nella sua condizione di mobilità che non quando viene fissato.

Parlando di — lisi — non ha inteso di alludere alla semplice liberazione dell'intestino dalle membrane pericoliche, ecc., ma comprende in questo intervento anche le manovre operative che hanno servito a mobilizzare per esempio il colon ascendente sollevandolo dal suo piano di accollamento alla colonna vertebrale, ottenendo così buoni risultati.

In tutti i 19 casi è stata praticata la *resezione colica latero-laterale* in un solo tempo. Mette in evidenza i vantaggi della resezione latero-laterale in confronto della termino-terminale; e ritiene che i buoni risultati ottenuti siano anche in rapporto con il metodo operativo adottato. Dimostra con proiezioni che la canalizzazione nei casi operati si compie perfettamente e che non esistono formazioni infundibolari, specialmente nel tratto afferente. Gli stessi radiogrammi mettono in evidenza che la parte anastomizzata è bene disposta come in una termino-terminale. Nell'esecuzione dell'anastomosi ha sempre collocati a canna di fucile i capi intestinali praticando la stomia più in alto possibile verso la porzione terminale dei capi stessi.

Non ha potuto per mancanza di tempo e sopratutto per non aver potuto fare i dovuti esami di controllo dei vari ammalati riportare qui la sua statistica generale.

Gli preme di far notare che si è indotto a praticare la ectomia solo quando ha ritenuto che le risorse di tecnica conservativa non potevano portare il necessario giovamento.

Le resezioni sono state talvolta molto estese con emicolectomie e persino, in 2 casi, con colectomia totale.

Ha resecato uno o l'altro o più segmenti del colon secondo le indicazioni. I risultati funzionali sono buoni; si è avuto un caso di morte.

BAGGIO G. (Cagliari). — L'O. si occupa del problema patogenetico riguardante le affezioni statico-dinamiche del colon e si riferisce come a paradigma, alle membrane pericoliche. Spiega come egli le ritenga per la massima parte di origine flogistica: da infiammazione del colon per alterazione innervatoria. Tocca i punti di analogia fra il meccanismo e le conseguenze della disfunzione gastrica e quelli inerenti alla disfunzione del colon. Spiega i benefici effetti della cololisi attribuendoli ad una parziale simpaticectomia pericolica. Non esclude che si possano avere — per interventi sul simpatico — effetti completi e costanti: quali non si hanno ora. Si domanda però se non si possa ottenere più facilmente il desiderato mediante operazioni conservative dirette a modificare l'ambiente funzionale del colon. Su di esse riferirà in seguito se i risultati finora ottenuti lo consiglieranno a perseverare per questa via.

TADDEI D. (Firenze). — Nessun trattamento nelle membrane pericoliche infiammatorie in quanto quattro casi sono seguiti da recidive. Nelle altre forme cosidette congenite o meccaniche va fatta la plastica se esista ectasia sottostante (cieco a battaglio di campana), angolatura fissa, angolo epatico.

Sostiene la benignità e la convenienza delle anastomosi coliche latero-laterali e dell'ano sul trasverso.

Ritiene che in molti casi possa essere indicato come metodo di elezione quello di SCHIASSI.

Si intrattiene infine sulla questione della disfunzione colica ed intestinale. Da molto tempo ha descritto tali forme sotto il nome di « Simpaticosi addominali » e ha indicato un sintoma che è la *Dolorabilità alla pressione dell'aorta e delle iliache.* Dire disfunzioni simpatiche e fare come vorrebbe taluno cure sul simpatico vuol dire fare trattamenti palliativi. Bisogna stabilire quale è la causa di tali disfunzioni. In un grande numero di casi tale causa è riferibile alla tossiemia tubercolare, quasi sempre tubercolosi polmonare e lieve, che deve essere accuratamente ricercata. Si capisce che in tal senso ed in via medica bisogna agire.

CAVINA G. (Firenze). — Accenna all'importanza del trattamento dei volvoli del colon (sigma, ceco, trasverso), illustrando rapidamente cinque osservazioni personali. Ritiene che, nella maggioranza dei casi, l'intervento di elezione sia la resezione dell'ansa volvolata, con fissazione dei due monconi alla parete e chiusura dell'ano in secondo tempo.

*Risposta del Relatore.*

DOMINICI L. (Perugia). — Vi è qualche divergenza sulla questione della stasi intestinale cronica e specie delle aderenze e delle ptosi. Non si può fare della malattia un qualche cosa di ben definito.

È una sindrome e può dipendere da tante cause e quindi non si può nemmeno applicare un unico metodo di cura. Sono forme organiche e funzionali; questa e già una grandissima differenziazione. Purtroppo nella forma anatomica si associa la funzionale. Sulla parte funzionale il chirurgo non può fare nulla o poco e ciò spiega gli insuccessi che si hanno anche nelle forme meccaniche.

Nelle forme funzionali oggi la colectomia totale è rifiutata. Non abbiamo nulla da fare nelle forme organiche in cui c'è una componente funzionale se non continuare dopo l'intervento la cura medica.

Si augura che l'operazione del BIANCHERI possa corrispondere allo scopo. Vi saranno pure sempre forme di stasi intestinali in cui la cura chirurgica non è sufficiente alla guarigione.

*Aderenze.* — Alcuni negano le forme congenite e riporta gli argomenti di appoggio a queste affermazioni. È da notare che in moltissimi casi le membrane pericoliche non danno dei disturbi. Perchè questa differenza?

La soluzione sta anche come ha detto BAGGIO, per quanto sia troppo schematizzata. La *distinzione* in un periodo stenotico e in un periodo flogistico non è così netta. Vi sono membrane che non danno nessun disturbo e altre che danno stenosi.

La cololisi è ancora questione aperta. In alcuni casi non si deve intervenire. Vi sono però altri casi nei quali sia perchè le aderenze determinano la stasi, sia perchè sono sede di dolori l'operazione può corrispondere.

Ringrazia il prof. TADDEI dell'appoggio alla sua relazione.

La questione dello squilibrio simpatico e parasimpatico è molto discussa. Questo squilibrio deve avere una causa che potrà essere congiunta; ormonica, intossicazione da piccoli focolai tubercolari, ma finora non siamo riusciti ad accertare questa causa dello squilibrio: dati i risultati avuti dalla simpaticectomia lombare è bene seguirla.

Ore 15 · 18 ottobre 1934.

Presidenza: prof. ALESSANDRI.

### Comunicazioni varie.

F. STOCCADA (Suzzara). — *Il sintoma del Carl nella semeiotica addominale.* — Fino dal 1930 l'O. esaminando ammalati con sospetta lesione dell'addome destro ha visto che il punto di Mac Burney è a volte maggiormente doloroso, mettendo l'ammalato in decubito laterale sinistro; tale sintoma è spesso positivo quando all'operazione si riscontra che l'appendice è retrocecale. Da una pubblicazione dello SCHOORELL nel « Zentralblatt für Chir. », n. 48, 1933, sarebbe stato primo il CARL a consigliare la ricerca di detto sintoma che anche per esperienza dell'O. merita di essere preso in considerazione.

S. SOLIERI (Forlì). — *Addome acuto e sierositi peritoneali specifiche circoscritte e diffuse.* — L'O. riferisce sopra osservazioni di sierositi peritoneali aspecifiche fatte durante una epidemia di influenza estiva con localizzazione addominale. Dopo aver richiamato quanto sullo stesso argomento l'O. stesso ha già scritto, illustra la sintomatologia clinica della infermità ed il reperto della biopsia. Riferisce pure di ricerche anatomo-patologiche e batteriologiche fatte durante l'intervento. Nella sierosa aperta ha immesso argento colloidale e chiuso la parete addominale in primo tempo. Guarigione rapida e facile. L'O. ha voluto richiamare l'attenzione dei Colleghi su questa manifestazione morbosa, perchè il loro contributo valga a completare la conoscenza della infermità.

M. DONATI (Milano). — Trova molto interessante le osservazioni del SOLIERI, come riprova obbiettiva della esistenza di sierositi peritoneali acute, che appaiono primitive (se anche non si può in via assoluta escludere una origine viscerale che sfugga alla biopsia) e che possono benissimo divenire causa di aderenze e briglie peritoneali, con tutte le note conseguenze. Osservazioni analoghe sono pure innanzi alla sua mente, con prevalenza nella fossa iliaca destra, ad appendice che appare non infiammata. E crede sia stato molto opportuno aver richiamata l'attenzione su casi così importanti.

G. LUSENA (Genova). — *Contributo alla cura chirurgica del megaesofago.* — L'O. considera il cosidetto megaesofago essenziale epifrenico e conviene che nella pluralità dei casi la graduale dilatazione e la divulsione in corrispondenza dell'iato diaframmatico sono capaci di mantenere una sufficiente pervietà, tale da consentire il regolare transito degli alimenti. Quando per la durata ed il graduale aggravamento dei disturbi riesca sempre più difficile la conservazione di un sufficiente calibro si deve pensare ad una profonda alterazione dell'esofago con infiammazione cronica di tutta la parete e con atrofia della muscolare in corrispondenza dell'iato. In questi casi tutt'altro che frequenti trova indicazione l'intervento chirurgico.

Ben fissati il concetto patogenetico e la sede diaframmatica della lesione primitiva, devono senz'altro eliminarsi i processi operatori sul cardias e sul segmento sottodiaframmatico dell'esofago. In ogni caso il primo tempo dell'operazione deve consistere nell'esofagolisi, effettuata per via laparato-

mica e nell'abbassamento dell'esofago liberato dall'iato. Con questo primo tempo il tratto ristretto e la sovrastante dilazione verranno esplorati per scegliere il processo da seguire per completare l'operazione. Talvolta dopo l'esofagolisi, che lascia di regola un fiato più ampio, la porzione ristretta dell'esofago si dilata spontaneamente e l'esofagolisi e la successiva fissazione della porzione costituiscono di per sè tutto l'atto operativo (v. HACKER - RÖPKE). Sono i casi, nei quali non è grave, nè avanzata l'alterazione infiammatoria e nutritiva della parte ristretta.

Quando invece la stenosi permane possono applicarsi i seguenti metodi: l'esofagoplastica (BOZZI, MARWEDEL, WENDEL) e quindi l'esofagotomia longitudinale completa e la sutura trasversale, l'esofagoplastica extra mucosa alla GOTTSTEIN od alla HELLER, oppure, quando le condizioni siano favorevoli, l'esofago-gastrostomia (HEYROWSKY).

L. DURANTI (Pisa). — A proposito del megaesofago pensa che le nostre cognizioni, su di esso e sulla funzione esofagea in genere, sarebbero meno incomplete se l'esofago fosse sistematicamente studiato eliminando la forza di gravità che tanta parte, in condizioni normali, ha nella discesa del bolo nello stomaco.

Convinto di ciò si è fatto costruire un tavolo radiologico che gli permette di studiare l'esofago in posizione orizzontale inclinata con la testa in basso e con leggera rotazione sul fianco sinistro. Questa secondo l'O. è la vera ed unica posizione esofagea nella quale eliminata la gravità, è possibile studiare la normale motilità dell'esofago.

L'esame fatto in queste condizioni gli ha permesso di individuare una forma speciale di megaesofago, che non gli consta sia stata ancora descritta.

È una forma paradossa di megaesofago in quanto la distensione e la stasi esofagea c'è quando l'ammalato sta in piedi, scompare quando si mette in posizione orizzontale.

D. TADDEI (Firenze). — I casi illustrati da LUSENA e DURANTI dimostrano che il megaesofago non dipende da cardiospasmo, ma da ostacolo all'orificio esofageo del diaframma: condizione della quale ha date varie dimostrazioni sia con casi presentati a questa Società sia anche recentemente in una conferenza alla Scuola di Sanità Militare di Firenze.

La dilatazione (nei casi nei quali si usa questo metodo) agisce non sul cardias, ma sull'orificio frenico dell'esofago. La cura cruenta deve essere la esofago-frenolisi (denominazione da lui data). Il megaesofago deve essere detto: soprafrenico e non essenziale o idiopatico o cardiospasmo.

M. TORO (Napoli). — *Sull'insorgenza dell'ulcera duodeno-digiunale provocata con la deviazione dei succhi duodenali.* — L'O. ha ripetuto le esperienze di Weiss e Aronn, provocando la deviazione dei succhi duodenali con la tecnica che produce nel cane la insorgenza dell'ulcera duodeno-digiunale nel 100 per cento dei casi.

Ha in seguito somministrato per via ipodermica una soluzione di istidina e triptofano e gli animali così trattati non hanno avuto ulcera.

Tali aminoacidi, indispensabili per la vita di ogni organismo vengono sottratti agli animali con deviazione dei succhi alcalini perchè la digestione di essi si arresta allo stato di polipeptidi.

Quindi l'ulcera sperimentale del cane è in rapporto diretto con l'acidità del succo gastrico, ma entra in campo anche un altro fattore, rappresentato dalla carenza di alcuni aminoacidi, la quale diminuisce la resistenza dell'organismo e della mucosa duodeno-digiunale favorendone la digestione.

M. TITONE (Palermo). — *Le modificazioni della funzionalità gastrica in rapporti con l'appendicite.* — L'O. ha studiato in 20 appendicitici la funzionalità gastrica (curva di secrezione, motilità, potere eliminatorio della mucosa gastrica) prima e dopo l'appendicectomia. Perviene alla conclusione che negli appendicitici le turbe gastriche — quando mancano fatti anatomici locali intorno allo stomaco o al duodeno — siano da mettere in rapporto con un disturbo nervoso (vago-simpatico) originato e mantenuto, quasi sempre, dallo stato infiammatorio — in genere subacuto o cronico — dell'appendice, ma non soltanto ed esclusivamente a carico di essa, ma piuttosto di qualunque viscere dell'addome destro. Quando l'appendicite da sola sostiene la fenomenologia gastrica — e questa avviene soltanto in un numero limitato di casi — ciò si accompagna con uno stato costituzionale favorevole, tale da rendere efficiente lo stimolo nervoso a punto di partenza esclusivamente appendicolare.

L'O. ricorda che il tipo delle manifestazioni dispeptiche, negli appendicitici, è nella maggioranza dei casi a sfondo ipercloridrico-ipermotorio, ma, in altri casi, è a sfondo ipocloridrico-ipomotorio, questo ultimo da considerare come uno stadio più avanzato delle prime forme.

L'appendicectomia semplice dà buoni risultati solo se precocemente praticata e solo nelle forme ipercloridriche.

S. SOLIERI (Forlì). — Ribatte le affermazioni dell'O. con quanto ha scritto nelle sue memorie sull'*addome destro* dal 1912 sino ad ora. Si dichiara confortato dal consenso che gli è venuto e gli viene dalle più spiccate scuole e personalità chirurgiche. Riafferma la costanza e la importanza del riflesso appendiculo-gastrico nei soggetti sintonizzati. Insiste sul concetto che *non si può e non si deve generalizzare* nell'ammettere l'associazione delle lesioni fondamentali dell'addome destro, concorrendo al determinismo della sintonia altri elementi, come la costituzione ed il vagotonismo, ecc.

C. CAVINA (Bologna). — Esprime il suo scetticismo sulla possibilità di guarigione di un'ulcera gastrica o duodenale per effetto di una semplice appendicectomia.

A. BIANCHERI (Reggio Emilia). — A proposito dei casi appendicectomizzati, per provvedere a disturbi gastrici funzionali, può apportare un contributo che crede illuminatore. Su circa 30 casi di appendicectomizzati per sintomatologia gastrica permasta anche dopo l'intervento, l'O. ha praticato, a distanza di 9 e meno anni dalla prima operazione, la plicatio del cieco, trattandosi sempre di casi di stasi intestinale, destra, e ha visto la scomparsa dei disturbi gastrici anche a distanza di tempo.

*(Continua).* P. VALDONI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## DALLA PRATICA CORRENTE.

Ospedale Umberto I - Cuorgnè (Aosta)

### Le fratture dello scafoide del carpo.

Dott. Giovanni Perardi, direttore.

Le fratture delle ossa del carpo, e in ispecie dello scafoide, intuite già grima della scoperta dei Raggi, ben conosciute e studiate dopo l'uso costante dell'esame radiografico in ogni traumatismo del pugno, appaiono più frequenti di quello che si creda.

Molti traumatismi del pugno lasciano infatti reliquati persistenti caratterizzati clinicamente per un lato da lieve gonfiore della regione e per l'altro da dolori spontanei e procurati alla regione del carpo con disturbi di motilità. Radiologicamente si rileva un callo osteofibroso o solo fibroso con decalcificazione.

Tali reliquati sono sempre la conseguenza di una frattura misconosciuta e trascurata delle ossicine del carpo.

Il riconoscere tali fratture e il ben curarle è somammente importante poichè spessissimo si tratta di lesioni traumatiche riportate sul lavoro, e le conseguenze di una omissione di diagnosi precisa, e quindi di cura appropriata, sono sempre di non lieve danno per l'interessato.

La prognosi delle fratture dello scafoide, scrive Fautelais, è di per se stessa, seria. Infatti le fratture dello scafoide quasi fatalmente determinano una pseudo-artrosi e provocano fenomeni più o meno gravi di artrite cronica che lasciano un'importante diminuzione della capacità funzionale dell'articolazione del carpo.

Le fratture dello scafoide avvengono quasi sempre per caduta sulla mano e quindi per causa indiretta. Sono fratture per iperflessione, studiate dal Delbet.

I sintomi sono:

« 1) La porzione del carpo situata al disotto del radio è stipata, ispessita nel senso antero-posteriore.

2) La tabacchiera anatomica è sollevata da una sporgenza anormale.

Il dito esploratore percepisce in corrispondenza di questa, una squama ossea e determina un vivo dolore alla pressione. Si può pure percepire una crepitazione e la sua localizzazione nella regione esterna del carpo, è un segno di grande valore.

3) L'arteria radiale, da profonda che era, si è fatta superficiale immediatamente sotto la pelle della tabacchiera anatomica.

(Begouin Proust, vol. IV, pag. 658) ».

Tali sono i sintomi delle fratture dello scafoide. Ma è sopratutto all'esame radiografico che bisogna affidarci in caso di dubbio, perchè è il solo esame che possa stabilire in modo certo l'esistenza delle fratture sopra descritte.

Nel corso di quest'anno ho avuto infatti occasione di osservare un caso di frattura non conosciuta dello scafoide sinistro a distanza di venti giorni dal trauma per investimento. Si tratta di un operaio, A. G., di anni 32, il quale il 10 giugno u. s. riportò in seguito ad investimento automobilistico varie lesioni e lieve commozione cerebrale per cui venne curato in altra città.

Io lo vedo la prima volta il 4 luglio perchè si lamenta di non potersi servire della mano sinistra che ancora gli duole ed è gonfia.

All'esame obbiettivo riscontro una tumefazione dorsale al polso sinistro localizzata alla regione carpea. La palpazione è dolorosa in corrispondenza alla base del I e del II metacarpo. I movimenti della radiocarpea sono lievemente dolenti.

Sospettando una lesione del carpo ne eseguisco una radiografia col seguente reperto: frattura dello scafoide e infrazione dell'estremità prossimale del II metacarpo.

Il trattamento delle fratture del carpo è ortopedico con bendaggio in estensione o leggera flessione dorsale. Così consiglia il Bohler nel suo Trattato delle fratture (pag. 310). Il bendaggio deve essere lasciato almeno sei settimane e si deve evitare il massaggio e la mobilizzazione precoce.

Da questa mia osservazione ne consegue la importanza di sottoporre sempre ogni traumatismo del pugno ad esame radiografico: cosa che fu omessa nel paziente sopra ricordato, protraendone la guarigione per molto tempo.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di frattura dello scafoide mettendo in rilievo la grande importanza dell'esame radiografico in tutti i traumatismi del pugno allo scopo di scoprire tali fratture che spesso non sono conosciute e sono poi causa di non lievi disturbi che diminuiscono la capacità lavorativa.

BIBLIOGRAFIA.

Fautelais. Revue d'Ortopedie, 1932, pag. 230.
Id. Revue de Chirurgie, aprile 1931.
Begouin Proust, vol. IV, pag. 658.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Sulla questione della peritonite cosidetta senza perforazione della cistifellea.

Rosarius (*Zentr. f. Chir.*, 1934, n. 12, p. 1091) riferisce di un uomo 66enne, arteriosclerotico, stato sempre bene fino al 29 settembre 1933, quando avvertì dolori colici all'ipocondrio d. durante la notte e lo stesso giorno verso le 3 fu visitato. Il malato presentava lieve ittero alle sclere; il polso frequentissimo, difesa addominale e dolore alla pressione nei quadranti di d. dell'addome.

Con diagnosi di peritonite, a punto di partenza sconosciuto, fu subito operato il paziente con incisione laparatomica nella zona iliaca di destra Si rinvenne biliperitoneo e fu prolungata l'incisione in alto verso la regione epatica.

Sulla cistifellea verso il fondo l'A. notò una chiazza verdastra, con margine bianco, spesso edematoso; il resto della vescichetta biliare si presentava normale ed altrettanto le altre vie biliari, così come il duodeno, lo stomaco, il pancreas. Esercitando pressione sul contenuto della cistifellea, la parete di questa non dimostrava passaggio di bile all'esterno, neppure nella zona alterata.

Per le condizioni gravi del malato si tampona e drena soltanto il peritoneo. Per 8 giorni abbondante flusso di bile all'esterno. Indi guarigione senza complicanze e senza fistole.

In merito alla patogenesi della peritonite senza perforazione della cistifellea v. Haberer e Clairmont credono che la stasi della bile nelle vie biliari la fa passare attraverso le pareti di questa. Burkhandt contesta tale interpretazione. Blad ammette che un eccesso di fermenti pancreatici determina alterazioni nella composizione della bile e specialmente sui colloidi, rendendo atta la bile al passaggio attraverso la cistifellea senza necrosi della parete di questa.

Rosarius nel suo caso ammette che possa la bile essere passata attraverso la zona necrotica della parete della cistifellea: attribuisce tale necrosi a disturbi di circolo per chiusura dei vasi. In seguito a questa si avrebbe una necrosi emorragica. Jura.

### Le lesioni del fegato dovute al tetracloretano.

Il tetracloretano, che trova impiego nella fabbricazione delle perle artificiali massive, e durante la guerra mondiale fu anche adoperato per la costruzione delle ali dei velivoli, è responsabile di alcune malattie professionali indennizzabili.

Secondo H. Desoille e Melissonos (*La Médecine*, luglio 1933), il tetracloretano è, anzitutto, un veleno del fegato. Come tale può produrre tutta una gamma di disturbi che vanno dalle semplici turbe digestive agli itteri benigni senza tossiemia, agli itteri gravi, e, infine, agli itteri con segni di cirrosi.

Il passaggio da una forma all'altra può essere abbastanza rapido.

Altre lesioni di cui si fa colpa al tetracloretano sono: anemie, polinevriti, eruzioni cutanee diverse (vescicopustule, eritemi pruriginosi porpora).

Tra le misure profilattiche vadano ricordate: le casse di vetro fornite di aspiratori e, in basso, di due aperture per cui passano le braccia dell'operaio, che così resta al riparo d'ogni vapore tossico.

Se insorgono segni di avvelenamento è necessario abbandonare subito il mestiere.

Il trattamento curativo per le forme lievi consiste in somministrazione di estratti epatici a forti dosi, di citrato di sodio, carbonato di sodio, 2 gr. ogni tre ore, e dieta a base di latte scremato e piccole minestre magre.

I. Di Marco.

### Su un caso di tumore ipernefroide nel fegato.

I tumori a tipo cortico-surrenale così frequentemente descritti nel rene, costituiscono una rarità nel fegato, ove prendono la loro origine da germi aberranti di capsule surrenali intraparenchimali; sono cioè inclusioni che avvengono in un determinato periodo della vita fetale, per una anomalia di sviluppo, di difficile interpretazione.

Mentre nel caso di Pepere, Donati, Cirio e Anardi si era di fronte ad una forma maligna diffusa, negli altri casi si trattava di forme benigne trovate come reperto causale di autopsia, varianti dal volume di una ciliegia a quello di una noce, capsulate e ben delimitate dal parenchima epatico circostante. Fa eccezione il caso che Abell ha osservato in una ragazza di 13 anni in cui l'ipernefroma, di natura benigna, raggiungeva il peso di 450 grammi.

Bini (*Pathologica*, n. 509, 15 marzo 1934) ne descrive un caso osservato in un soggetto di 16 anni con accentuata pigmentazione cutanea ed ipertricosi, il quale presentava una tumefazione ovoidale del volume di una testa di feto di cinque mesi, nel quadrante addominale inferiore di destra che giungeva poco al di sopra della spina iliaca anteriore, non vi era ittero, non disturbi dell'urinazione, nessun altro disturbo all'infuori di una certa sensazione di peso, nessun accenno a scadimento delle forze e della nutrizione.

Mediante intervento chirurgico (Sannazzaro) il tumore, che si inseriva sul margine anteriore del fegato corrispondente al grosso lobo, fu asportato e risultò del peso di 600 grammi.

All'esame microscopico il tumore si rivelò del tipo cortico-surrenale. A. Vitale.

### Chirurgia del cancro della papilla di Vater.

Dopo una rapida rassegna dei segni clinici e dei processi chirurgici, su 62 casi raccolti nella letteratura, Lauwers (*Journ. d. chir.*, t. 52, n. 6, 1933) riporta 2 casi personali.

Sono così 64 i casi operati attualmente nei quali è stato praticato un intervento radicale.

L'intervento, praticato in uno o due tempi, deve cominciare per una derivazione della bile. La derivazione esterna deve essere rigettata, e fra i metodi di derivazione interna l'A. preferisce la coledoco-duodenostomia o la colecisto-digiunostomia a Y secondo Monprofit.

In questo primo tempo si accerta la diagnosi: solo lo scollamento duodeno-pancreatico e la duodenotomia permettono una esplorazione sufficiente per una diagnosi certa.

L'asportazione del tumore può praticarsi con una semplice papillectomia (che può interessare solo la mucosa o tutta la parete duodenale) o con una resezione circolare del duodeno o con una duodeno-pancreatectomia. Questi due ultimi sono interventi gravissimi che sono stati tentati solo poche volte.

Handley ha introdotto un metodo interessante di curieterapia.

Nei suoi due casi l'A. ha praticato l'asportazione limitata del tumore per via transduodenale e la colecisto-digiunostomia a Y transmesocolica con digiuno-digiunostomia a valle. Il decorso operatorio è stato semplice in ambedue i casi e i malati sono viventi e liberi da disturbi, rispettivamente dopo 4 anni e dopo 9 mesi. G. PACETTO.

### Adenoma della cistifellea.

L'affezione è molto rara e i casi conosciuti riguardano tutti tumori piuttosto piccoli, tranne quello di Vecchi in cui aveva le dimensioni di un uovo.

Nel caso di Király (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 178, pag. 781, 1934) si trattava di una donna di 54 anni operata per calcolosi della cistifellea; oltre al calcolo, nel fondo della cistifellea esisteva una tumefazione del volume di una noce che all'esame istologico si dimostrò come un cistoadenoma.

Lubarsch ha ritenuto che nella genesi di questi tumori, abbia importanza la flogosi in quanto per lo stimolo flogistico produzioni eterotopiche della mucosa si risolverebbero come tumori.

L'A. ha esaminato 100 cistifellee asportate chirurgicamente; in una soltanto ha trovato un ispessimento della mucosa in un punto circoscritto; l'epitelio insinuatosi tra i fasci muscolari era cresciuto in profondità. Ciò può avere importanza nel dimostrare un nesso genetico fra tumori e queste proliferazioni profonde della mucosa. VALDONI.

### Un'applicazione terapeutica rara del metodo di Meltzer-Lyon.

Labbé e Soupault (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition*, marzo 1934) riferiscono di un caso capitato alla loro osservazione.

Si tratta di una donna di 45 a., che ha avuto sei coliche epatiche, l'ultima delle quali seguita da ittero intenso e decolorazione delle feci, della durata di 15 giorni. Una radiografia mostra la presenza di calcoli vescicolari.

Sottoposta ad intervento, viene eseguita una colecistectomia ed una celedocotomia, senza trovare in questo calcoli, mai una bile torbida e contenente qualche fiocchetto purulento. Drenaggio delle vie che viene tolto in 20ª giornata, permanendo una fistola biliare.

Due mesi dopo si ha brusco accesso febbrile con brivido, dolore epatico accompagnati da leggero ittero e leggero scoloramento delle feci; la fistola che si era chiusa 2 giorni prima si riapre. È seguito un esame radiografico con con lipiodol iniettato attraverso la fistola; questa mostra un ostacolo risiedente nella papilla, non assoluto perchè un po' di lipiodol è passato nel duodeno. Anche nel Wirsung è rifluito del lipiodol. Si pensa a tappi fibrinosi e necrosi, escludendo un calcolo perchè non si ha la forma a convessità superiore.

Praticato un sondaggio duodenale e instillato del solfato di magnesio, si ottiene del liquido alcalino, opalino, senza bile. Il giorno dopo la fistola non dà più bile e due giorni dopo le feci si presentano colorate. Non si ha febbre. Rivista la malata a 5 mesi di distanza, sta perfettamente bene.

Gli AA. pensano come debbano esistere queste occlusioni dovute a tappi mucosi e fibrinosi associati a spasmo dello sfintere di Oddi, che dipende probabilmente o dalla presenza di corpi estranei o da infiammazione delle vie biliari o da stimolo da pancreatite infiammatoria.

In questi casi come nel loro caso tutto potrebbe risolversi senza un intervento operativo. U. BRACCI.

### L'efedrina in terapia e sopratutto negli stati di choc degli epato-biliari.

J. Laner (*Malad. du Foie, du Pancréas et de la Ratc.*, luglio-agosto 1934) rileva che dal punto di vista fisiologico l'efedrina ha effetti tossicardiaci con ritorno delle forze, correzione dell'astenia e della depressione generale, elevazione della pressione arteriosa, rallentamento del polso, aumento dell'urinazione; oltre a ciò determina eccitazione del tono generale, correzione della sonnolenza, così frequente negli epato-biliari. I malati lasciano più facilmente il letto e riprendono più agevolmente la loro attività. Per contro l'efedrina, presa troppo tardi nella giornata, può impedire il sonno.

Dal punto di vista patologico, l'efedrina corregge anzi spesso lo squilibrio vaso-simpatico eccitando il simpatico e riportando alla norma i vagotonici, ed esagera nei simpaticotonici la tachicardia, il nervosismo e gli accidenti legati alla simpaticotonia.

È forse in ragione di quest'azione simpaticotonica che l'efedrina è utile in un gran numero

di casi clinici che potevano essere interpretati come la manifestazione di uno choc colloidoclasico (anafilattico o allergico) sopratutto nel prurito, nell'orticaria, nell'edema di Quincke, nell'asma, nelle emicranie e nelle coliche epatiche colloidoclasiche.

Quanto all'azione dell'efedrina su certi stati depressivi cardio-vascolari, essa può spiegarsi sia per un'azione diretta sul sistema cardiovascolare sia per un'azione indiretta in rapporto con la correzione dello squilibrio vaso-simpatico.

Quando si voglia ricorrere a questo eccellente medicamento, non si deve mai dimenticare di ricercare il riflesso oculo-cardiaco, per non esporsi al rischio di somministrazioni intempestive con effetti nocivi. C. TOSCANO.

# MEDICINA SCIENTIFICA.

### Nuove ricerche sui parassiti malarici.

È noto che gli uccelli si prestano allo studio sperimentale della malaria, perchè sono soggetti ad infezioni da ematozoi le quali somigliano molto alla malaria umana, tanto che le ricerche di farmacologia compiute sugli uccelli sono trasportabili alla terapia: è per tal modo che si è giunti alla plasmochina e all'atebrina.

La malaria degli uccelli è dovuta a più forme di parassiti; le forme parassitarie più affini a quelle che determinano la malaria umana vengono trasmesse da zanzare del genere *Culex*, nelle quali si compie uno sviluppo che coincide con quello dei parassiti della malaria umana nelle zanzare del genere *Anopheles*. Sulle pareti gastriche si sviluppano delle sporocisti, entro le quali si differenziano numerosissimi sporozoiti, che invadono il corpo delle zanzare e raggiungono le ghiandole salivari: vengono poi inoculati con la saliva, nell'atto della puntura, e riproducono la malattia.

G. Raffaele (*Riv. di Malariol.*, Sez. I, n. 4, 1934) ha ora dimostrato che, se gli sporozoiti vengono inoculati non già nel tessuto sottocutaneo, come di consueto, ma nel torrente circolatorio, l'infezione non ha luogo.

La tecnica di questa ricerca è delicata, a causa della piccolezza degli uccelli. Occorre far uso di aghi sottilissimi. Per l'iniezione endovenosa, si deve anestetizzare l'animale ed isolarne una vena femorale. Molto più facile è la iniezione intracardiaca. Si deve avere l'accortezza di lavare l'ago esternamente con alcool, per evitare che trasporti, sulle pareti esterne, degli sporozoiti vivi, i quali determinerebbero l'infezione venendo lasciati nel tessuto sottocutaneo od in quello muscolare. Si deve anche aspirare un po' di liquido indifferente (soluzione di Ringer sterile), per evitare che la fuoriuscita eventuale di un po' di liquido contenente gli sporozoiti, sia pure causa dell'infezione.

Per altro una piccola quantità di sporozoiti non perturberebbe l'esperimento, poichè dalle ricerche di L. E. Rozeboom e K. S. Shah risulta che si richiedono almeno 200 sporozoiti per conferire l'infezione agli uccelli.

Non sono mancati i controlli (iniezioni sottocutanee e intramuscolari, positive).

Sono state anche eseguite molte ricerche *in vitro*.

I risultati di Raffaele, quantunque del tutto inattesi, s'inquadrano con altri di Missiroli e ne darebbero una conferma. Questo A. difatti aveva accertato che gli sporozoiti non penetrano nei globuli rossi (contrariamente alle asserzioni di Schaudinn); ma, iniettati nel tessuto sottocutaneo o nei muscoli, vi subiscono modificazioni profonde e ad un certo punto non si ritrovano più; in loro vece si vedono dei piccoli corpuscoli, aderenti alle emazie.

Missiroli ne aveva dedotto che i cosidetti sporozoiti sono delle sporocisti secondarie e che nel ciclo dei parassiti malarici deve interporsi una nuova fase, costituita dagli sporozoiti veri (v. questo periodico, p. 19). Le attuali ricerche porterebbero a far ammettere che questi, pure aderendo alle emazie, non vi penetrano: l'infezione del sangue si produrrebbe per una via indiretta, che resta da indagare.

L. V.

# IGIENE.

### Intossicazione professionale da tricloroetilene.

Il tricloroetilene, largamente usato oggi in numerose industrie, in ragione del suo potere solvente e diluente, è un liquido volatile, non infiammabile e non esplosivo.

È il più potente solvente delle materie grasse ed è, contrariamente all'opinione generale, tossicissimo. In Francia, Germania, Austria e Inghilterra ha già dato luogo a numerosi casi di intossicazione, seguiti da morte.

È un narcotico potente ad azione generale e locale; congestionante di tutti gli organi determinando anche fatti degenerativi in essi per la sua affinità ai grassi; è però meno tossico, come veleno del sangue, del benzene.

Uno studio completo è stato eseguito da M. Thers (*La Médicine du Travail*, luglio 1933). su questa intossicazione poco nota, in quanto comporta lo studio sulle proprietà del tricloroetilene, il suo impiego industriale, l'azione tossica, le sorgenti dei danni, la statistica, patologia, evoluzione, diagnosi, prognosi, igiene e legislazione.

L'intossicazione può essere acutissima ed è sempre mortale; d'emblée acuta, che si manifesta con senso di afficamento, di eccitazione, di stato ebro, fenomeni di incoerenza, vertigini, vomito e nausee, seguiti da attacchi apoplettiformi, lesioni al trigemino e al nervo ottico; cronica: che si manifesta essenzialmente con turbe nervose e lesioni cutanee e mucose.

P. AMBROSIONI.

## POSTA DEGLI ABBONATI

All'abb. n. 4021.

1) Cfr. *La Regola Sanitaria* de *La Scuola Salernitana.* Testo latino con traduzione e prefazione di P. Magenta. R. Quintieri ed., Milano L. 4.

2) L'*Apiolo* costituisce la canfora del prezzemolo. Chimicamente si chiama: etere metilentrimetilico del tetra-ossipropenilbenzol. Lo si ottiene dall'olio etereo del prezzemolo. Si presenta in forma di aghi cristallini incolori, dall'odore di prezzemolo, quasi insolubili in acqua e solubili in alcali, acidi ed oli grassi.

È stato consigliato, per uso interno (dosi da 25 cg. ad 1 gr. *pro die,* in capsule gelatinose), contro le febbri intermittenti, in luogo del chinino e contro i sudori dei tisici. È stato inoltre offerto al pubblico contro la dismenorrea e soprattutto come emmenagogo, quindi, velatamente, per tentare di procurare l'aborto. Per quest'ultima ragione, ne è stata proibita l'importazione in Italia. A parte questa considerazione, l'Apiolo si è dimostrato dannoso, sia per i fenomeni collaterali che provoca (nausea, vertigini, cefalea), sia perchè può dare delle polineuriti e paralisi, che sarebbero da attribuire ad impurezze (presenza di tricresilfosfato). Con un Decreto Ministeriale del 1932, la Germania ha prescritto che l'Apiolo non può essere somministrato che dietro ricetta di un medico e si indica anche la reazione da farsi per rivelare la presenza di tricresilfosfato. Sulle nevriti da Apiolo, cfr. Misgeld (*Deutsche med. Woch.*, 1932, n. 49) che riferisce il caso di una paziente la quale aveva ingerito 4 capsule di Apiolo al giorno per una settimana. Girard e Gamaleia (*Soc. de méd. de Nancy*, 24 maggio 1932) che riportano l'osservazione di una donna di 34 anni, la quale aveva ingerito 2 capsule di Apiolo giallo da 10 cg. in 48 ore e 9 di Apiolo verde da 20 cg. il giorno seguente; le desiderate mestruazioni ritornarono, ma due settimane dopo si ebbe la polinevrite, che ebbe però esito favorevole.

Un caso di intossicazione mortale da Apiolo è riferito da Trillat, Michon e Thiers (*Soc. obst. et gynéc. de Lyon,* 1° giugno 1931), di una donna di 24 anni che, in 2 giorni, aveva ingerito 30 capsule da 20 cg. l'una. Si ebbero lesioni renali, che non guarirono malgrado una doppia decapsulazione renale e che, con gravi fenomeni portarono a morte la malata.

A. FILIPPINI.

Al dott. G. P. da B.:

Nessuna legge o regolamento fanno obbligo al medico di praticare l'iniezione antitetanica preventiva nei feriti. Il medico stesso deve valutare le condizioni della ferita e le circostanze nelle quali è stata prodotta, per giudicare, secondo la sua scienza e coscienza, se sia necessaria, o meno, l'iniezione antitetanica.

A. FR.

## VARIA

**Azione delle onde corte nel decorso della brucellosi umana.**

Nella lunga serie di ricerche compiute nella Clinica medica di Messina, sulla azione biologica delle onde corte, è stato accertato che gli stipiti di brucella melitensis, indifferenti ad onde di m. 15, vengono uccisi da onde di m. 4-8.

Da questo fatto si sono ispirati G. Izar e P. Moretti (*La Riforma Medica,* 7 luglio 1934) ad un tentativo di terapia della brucellosi umana con le onde corte. Gli organi sottoposti alla irradiazione, in sedute quotidiane di 15' a 20', furono la sola milza o il fegato o la milza contemporaneamente.

I malati finora così trattati sono stati sei: di essi quattro con risultato rapido e nettamente favorevole; uno con esito buono e uno con esito nullo.

Nei primi quattro casi sono bastate poche applicazioni per uno sfebbramento rapido e definitivo.

Contemporaneamente diminuiva sensibilmente la ipermegalia epatica e splenica.

Gli AA. non si pronunziano ancora sul valore di questi risultati data la scarsezza delle osservazioni.

Riguardo al meccanismo di azione delle onde corte sulla melitense essi formulano diverse ipotesi: azione battericida sui germi annidati nel fegato e nella milza e consecutivo effetto autometavaccinoterapico; azione fisica di stimolo termico e oscillatorio su organi ricchi in tessuto reticolo endoteliale; modificazioni circolatorie regionali che determinerebbero iperattività fagocitaria; azione di shoc con conseguenti squilibri fisico-chimici umorali.

Gli AA. si sono proposti proseguire ed approfondire questi interessanti studi.

VICENTINI.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

R. F. VACCAREZZA, M. DALKE y A. J. VACCAREZZA. *Valor diagnostico de la sero-reaction de Widal.* — Tip. Buffarini, Buenos Aires, 1934.

W. GALLI. *Guarigione duratura del Flattern (tachisistolia) dell'atrio mediante l'uso combinato di digitale e di chinidina.* — F. Vallardi, Milano, 1934.

V. ALBERTI. *Le direttive attuali della terapia della tbc. extrapolmonare.* — Tip. Fata Morgana, Reggio Calabria, 1934.

R. F. VACCAREZZA. *El tratamiento quirurgico de la tuberculosis pulmonar en relacion con los procesos naturales de curacion.* — Tip. A. Lopez, Buenos Aires, 1933.

R. F. VACCAREZZA. *Aspectos radiologicos de la esclerosis retractil en la tbc. pulmonar.* — Tip. A. Lopez, Buenos Aires, 1933.

G. GIUFFRIDA. *Le colonie estive nella Provincia di Novara nell'anno XI E. F.* — Tip. Immacolata Concezione, Modena, 1934.

# POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

**Risposte a quesiti per questioni di massima.**

133° *Dottor. P. C.* — Trattandosi di nomina la cui efficacia è subordinata alla conferma annuale, ritengo che il Prefetto potesse non confermare indipendentemente da motivi inerenti al servizio.

134° *Dottor L. G.* — Non essendo modificato, con deliberazione del comune, approvata dall'autorità tutoria, l'obbligo nascente dal capitolato in Podestà è tenuto ad eseguirlo. Se non fosse pagato il supplemento dovuto per l'addizionale a norma del capitolato, Lei faccia una domanda formale e, nel caso di un provvedimento negativo, ricorra alla G. P. A. in sede giurisdizionale nel termine di giorni 30.

135° *Dottor F. V.* La legge non stabilisce un limite massimo di età per la nomina all'ufficio di medico condotto: regola, invece, soltanto le condizioni di dispensa dal limite, quando questo sia previsto nei capitolati o nei regolamenti locali. È possibile che non sia prescritta condizione di età perchè l'amministrazione non ne ha obbligo legale.

136° *Dottor D. S.* — Non è necessario il titolo di specialista per usare la designazione: « Ambulatorio privato per malattie dei bambini ». Però, trattandosi di un luogo di cura, è necessaria per la istituzione e l'esercizio l'autorizzazione del Prefetto.

137° *Dottor N. M.* — Essendo richiesto il titolo di specialista, non può essere equivalente la domanda già presentata agli effetti della concessione del titolo stesso. Non si può ritenere invalido il concorso se in fatto la Commissione non ha provveduto.

138° *Dottor A. C.* — Non è stabilito un termine per l'espletamento delle prove del concorso. Nè i concorrenti possono esercitare azione giurisdizionale per sollecitare lo svolgimento. Nel caso di persistenza del ritardo, il comportamento irregolare può essere segnalato alle autorità competenti.

139° *Dottor G. F.* — La riduzione del 12 % si applica anche allo stipendio. Colpiscono le indennità di caroviveri le riduzioni stabilite nel 1927.

140° *Dottor D. V.* — Durante il mese congedo può assumere servizio interinale in altro Comune. È opportuno attendere la risposta scritta del Podestà.

Può usufruire della licenza nell'anno successivo qualora però risulti che non potè essere concessa per esigenze di servizio.

141° *Dottor V. M.* — Se sarà costituito un Consorzio fra i due Comuni, dovrà essere indetto un concorso per la nomina del titolare della condotta consorziale. Questa è conseguenza della soppressione delle due condotte comunali e della creazione di un ente nuovo. Estinguendosi i due rapporti precedenti, per un principio generale di diritto applicato costantemente dalla giurisprudenza, i Comuni devono corrispondere una giusta indennità (generalmente tre o sei mesi) a seconda della durata del precedente servizio) salvo che non notifichino preavviso di dispensa dal servizio assegnando un termine congruo.

La così detta indennità di anzianità è dovuta agli impiegati privati, ma non è stabilita dalla legge per gli impiegati pubblici.

142° *Dottor P. S.* — Il rapporto di parentela con l'unico farmacista esercente nel comune non è causa di incompatibilità. Il Prefetto può tener conto di questa relazione per giudicare discrezionalmente della convenienza di affidare le funzioni di vigilanza sanitaria al congiunto del farmacista. Non è nemmeno causa di incompatibilità il rapporto di parentela con uno dei medici esercenti.

143° *Dottor P. F.* — Sciolto il Consorzio, si estingue il rapporto d'impiego e non si ricostituisce senz'altro quello preesistente che, a sua volta, fu estinto per effetto della costituzione del nuovo ente. Se sarà nominato titolare della ricostituita condotta, avrà lo stipendio che secondo il capitolato spetta al titolare della condotta stessa, senza riferimento alla sua posizione anteriore perchè si costituisce un rapporto nuovo, salvo che, agli effetti degli aumenti periodici, sia valutato il servizio anteriormente prestato; ma occorre una disposizione di carattere speciale e transitorio.

Le campagne di guerra saranno valutate agli effetti dell'anzianità per gli aumenti periodici.

144° *Dottor F. F.* — Non è vietato all'ufficiale sanitario l'esercizio libero, per disposizione di legge o di regolamento generale. Il divieto può risultare dal regolamento locale o dall'atto di nomina.

---

*N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.*

*Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini,* **sono gratuiti.**

---

**(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione. cons. leg. del nostro periodico**

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Cronaca del movimento professionale.

### I Sanitari nelle Corporazioni.

Nella grandiosa e organica costituzione delle Corporazioni, i sanitari formano una Sezione della Corporazione delle professioni e delle arti. Ne fanno parte i seguenti membri: on. prof. Eugenio Morelli, on. prof. Amedeo Perna e on. prof. Giuseppe Vidau in rappresentanza dei medici; on. dott. Aristide Carapelle in rappresentanza dei farmacisti; dott. Luigi De Dominicis in rappresentanza dei veterinari; una rappresentante delle infermiere; una rappresentante delle levatrici. Esprimiamo loro il nostro cordiale compiacimento, sicuri che sapranno tutelare gli interessi dei sanitari, contemperandoli con quelli del pubblico.

### Le tariffe professionali.

I Sindacati di primo grado aderenti alla Confederazione fascista dei professionisti ed artisti si rivolgono di frequenza alla Confederazione stessa, per tramite gerarchico, circa le approvazioni di tariffe professionali.

È opportuno precisare che la fissazione delle tariffe per le prestazioni e per i servizi economici, pur restando di stretta competenza sindacale, potrà essere determinata dalla competente corporazione delle professioni e delle arti. Infatti l'art. 10 della legge 5 febbraio 1934 n. 163, prescrive che « la corporazione, nel ramo di sua competenza, ha facoltà di stabilire le tariffe per le prestazioni ed i servizi economici, e quelle dei beni di consumo offerti al pubblico in condizioni di privilegio ». In rapporto a tale norma, pertanto, la corporazione potrà, in determinati casi, e in determinate circostanze, intervenire nella determinazione di dette tariffe.

# CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BOLOGNA. *Amministrazione degli Ospedali.* — Scad. 30 nov. Medico primario nell'Ospedale Maggiore; laurea da 10 anni; età 45-50 a.; tassa L. 50. Un medico assistente nell'Ospedale Maggiore e 5 medici assistenti nell'Istituto Pizzardi per malattie di petto; stip. L. 4500 oltre indenn. L. 1050 per la specialità e soprassoldo di turno L. 13,20; tassa L. 25. Chiedere altre condizioni. Rivolgersi all'Amministrazione (Ufficio Protocollo), via Castiglione 29.

CASOLE BRUZIO (*Cosenza*). — Scad. 20 nov.; condotta; L. 7000; età limite 35 a.

FORLÌ. *Municipio.* — Concorso per titoli ed esami al posto di Medico-Direttore del Dispensario per la profilassi e per la cura della sifilide e delle malattie veneree con obbligo della cura ed assistenza dei malati ricoverati nella sala celtica del Civico Ospedale; e, come tale, dovrà osservare le norme del regolamento interno dell'Ospedale stesso. Onorario L. 9000 annue, sotto deduzione delle riduzioni e ritenute di legge; esclusa ogni altra indennità. La domanda, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Comune, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciotto del 30 novembre 1934-XIII.

FORLÌ. *Ospedale G. B. Morgagni.* — Scad. 28 nov., ore 18; assistente di medicina e assistente di chirurgia; L. 4000; titoli ed eventualm. esami; tassa L. 50; età limite 30 a.; nomina biennale. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

MESSINA. *Ospedale Civico « Piemonte » ed Ospedale Consorziale « Regina Margherita ».* — Il Commissario Straordinario per le OO. PP. Ospedaliere rende noto che il termine utile per la presentazione delle domande al posto di Direttore Sanitario è prorogato al 30 novembre 1934-XIII.

NEIVE (*Cuneo*). — Scad. 30 nov.; condotta Est del consorzio con Neviglio e Trezzo Tinello.

PESCARA. — Concorso, per titoli, al posto di assistente sanitaria visitatrice presso il Dispensario Centrale del Consorzio Provinciale Antitubercolare. Stipendio annuo lordo L. 6500, aumentabili a L. 7000 dopo il primo quinquennio ed a L. 7500 dopo il secondo quinquennio di servizio. Indennità di servizio attivo L. 1000. Scadenza ore diciannove del 30 novembre 1934-XIII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare, Palazzo della Provincia, Pescara.

PISTOIA. *Amm.ne Provinciale.* — Scad. 10 dic., ore 12; coadiutore nella Sez. med.-micrograf. del Laboratorio provinc. d'igiene; titoli ed esami; L. 10.500 e 6 trienni decimo, oltre L. 1900 serv. att., c.-v., 10 % proventi ecc.; età limite 32 a.; tassa L. 50. Rivolgersi ufficio Segreteria.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni. (Ferrovie dello Stato).* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Castellammare di Stabia (Napoli); Anagni (Roma); Laces (Trento). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 15 dicembre.

ROMA. *Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* — È indetto un concorso per titoli e per esami, a quattro posti di Sostituto Primo Segretario (Gr. 5° - Cat. « A ») fra laureati in Medicina e Chirurgia. Di detti posti, uno soltanto può essere assegnato a donne. La domanda di ammissione al concorso in carta da bollo da lire tre dovrà essere presentata o inviata (se per posta, in piego raccomandato, con ricevuta di ritorno) alla Direzione Generale dell'Istituto (Servizio Personale) in Roma, via Sallustiana 51, non oltre le ore 12 del giorno 10 dicembre 1934-XIII. La data di arrivo della domanda è stabilita dal bollo apposto dalla Direzione Generale dell'Istituto. Non saranno ammessi al concorso i candidati le cui istanze risultino pervenute all'Istituto dopo il suddetto termine, anche se presentate in tempo agli uffici postali o ad altro ufficio, o non risultino regolarmente documentate. Età limite 36 anni per gli uomini, 33 per le donne. Retribuzione iniziale complessiva annua lorda di L. 11.408 al netto delle riduzioni di cui ai R. D. L. 20 novembre 1930-IX, n. 1491 e R. D. L. 14 aprile 1934-XII, n. 561 e, dopo il passaggio in ruolo, il contributo per il trattamento di quiescenza; oltre le altre indennità che possono spettare in base alle disposizioni interne. Per le altre condizioni

chiedere bando di concorso. Rivolgersi alla Direzione Generale (Servizio Personale), via Sallustiana 51, Roma.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 30 nov.; primo aiuto oculista; L. 7300 e c.-v.; età limite 35 a. al 12 ott.; 2 anni di servizio negli Ospedali di Roma come assistente e dichiarazione finale d'idoneità; tassa L. 50.

ROSSANA (*Cuneo*). — Il Podestà informa che la scadenza del concorso al posto di medico condotto, è stata prorogata a tutto il 30 novembre 1934-XIII.

S. BERNARDINO (*Cremona*). — Concorso al posto di medico chirurgo. Stipendio annuo di L. 11.000. Indennità di trasporto L. 1500. Indennità di ambulatorio L. 300. Il tutto è soggetto alle trattenute e alle riduzioni di legge. Scadenza 22 novembre 1934-XIII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riunili.* — Scad. 31 gennaio, ore 17,30; aiuto nella Divisione Oto-rino-laringoiatrica; L. 4800 ridotte; titoli ed esami; età limite 35 anni; tassa L. 50; documenti a 3 mesi al 31 ottobre. Chiedere avviso al Protocollo.

VERONA. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 20 dic.; direttore generale sanitario; L. 28.000 e 2 quadrienni dec., oltre L. 6000 serv. att., alloggio oppure lire 5000; età limite 35-40 a.; chiedere annunzio. Rivolgersi Segreteria dell'Amministraz. degli Istituti, via Valverde 42.

VOGHERA (*Pavia*). *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 15 dic.; due posti di assistente.

---

*N. B.* - Lo scarso numero di concorsi è in rapporto con le disposizioni del nuovo T. U. Leggi Sanitarie.

CONCORSI A PREMI.

*Premio « Mario Segàle ».*

Il Circolo di Genova della Sezione Medicina dell'Associazione Nazionale Fascista Artiste e Laureate indìce il concorso per un premio di lire cinquecento da assegnarsi al miglior lavoro di una dottoressa italiana, laureata in medicina e chirurgia, su un argomento di batteriologia. Il lavoro deve essere inèdito e dovrà rappresentare opera prevalentemente originale. Dovrà pervenire raccomandato in tre copie dattilografate alla Segreteria del Circolo, entro il 21 aprile 1935-XIII. Altre modalità consuete. Il lavoro premiato potrà essere pubblicato a giudizio della Commissione sulla rivista « Pathologica ».

La concorrente dovrà dimostrare di essere iscritta all'A.N.F.A.L. Per schiarimenti rivolgersi alla sede di Genova, via Cairoli 18.

La « Società Tedesca per la storia della medicina, delle scienze naturali e della tecnica » ha assegnato la medaglia Karl Sudhoff al prof. T. v. György di Budapest.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Luigi Spolverini, direttore della R. Clinica pediatrica nella nostra Università, è stato nominato membro della Sezione di Pediatria della Reale Società di Medicina di Londra. Questa notizia, che indica in quale alta stima sia tenuto anche all'estero l'illustre Maestro, sarà accolta con grande piacere dai suoi numerosi allievi ed estimatori.

Il prof. Alessandro Alessandrini, aiuto nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma, è chiamato ad unanimità dalla Facoltà medica di Catania, come incaricato, alla cattedra d'igiene già illustrata dal prof. Eugenio Di Mattei, che ora lascia l'insegnamento per limiti d'età.

All'amico prof. Alessandrini, autore di apprezzatissime pubblicazioni e del quale è ben noto il valore delle ricerche scientifiche, i nostri cordiali rallegramenti.

Il prof. Attilio Omodei Zorini è nominato vice-direttore dell'Istituto sanatoriale « Benito Mussolini » e la Facoltà medica di Roma gli ha conferito il titolo di professore incaricato. Rallegramenti sentiti all'insigne tisiologo.

Il prof. dott. Francesco Lo Presti-Seminerio di Agrigento è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia, onorificenza conferitagli quale dirigente locale dei servizi sanitari di tutte le Opere di assistenza all'infanzia, nonchè vice preside della Sezione Sicilia Occidentale della Società Italiana di Pediatria.

Il dott. Lothar Loeffler, docente privato, è chiamato alla cattedra di biologia delle razze, presso l'Università di Königsberg.

Il dott. Oskar Eichler, docente privato, è chiamato come ordinario alla cattedra di farmacologia di Breslavia, quale successore di Riesser, allontanato per effetto della nuova legge sugli impieghi.

Il prof. Walter Blumenberg, d'igiene e batteriologia a Bonn, è chiamato a Breslavia.

## NOTIZIE DIVERSE.

**I rettori e professori Universitari ricevuti dal Segretario del P. N. F.**

Il Segretario del Partito ha ricevuto nel Palazzo Littorio i Rettori Magnifici delle Università italiane, convenuti in Roma nell'occasione della guardia montata dai professori universitari alla Mostra della Rivoluzione.

Egli si è soffermato sulla posizione degli assistenti universitari che, dovendo essere i docenti di domani, saranno chiamati ad assicurare la continuità dell'azione formativa del Regime nei riguardi della futura classe dirigente.

Ha inoltre richiamato l'attenzione dei Rettori magnifici sull'importanza delle borse di studio e dei premi di incoraggiamento, ai fini di quella selezione sempre più accorta e profonda che è necessaria per dare ad ogni capacità che si riveli, il modo di concretarsi e praticamente migliorare.

Nella Sala delle Adunate, il Segretario del Partito ha poi ricevuto i professori delle Università che avevano montato la guardia alla Mostra della Rivoluzione.

**Per l'Università di Napoli.**

Un importante riunione si è svolta negli scorsi giorni presso l'Università di Napoli; fu presieduta dal Rettore Magnifico sen. Salvi, e v'intervennero l'Alto Commissario, il Regio Commissario al Comune, il Segretario Federale ed il Segretario del Guf.

Oggetto della riunione è stato quello di concretare le basi per la costruzione della grande Casa dello Studente che sorgerà a Napoli al pari delle altre città. Contemporaneamente si è studiato il problema di dare un migliore assetto sia ai locali universitari che alle cliniche che sorsero molti anni fa in punti non adatti. Il Rettore Magnifico ha fatto rilevare che l'Università continua ad essere tra le più popolose d'Italia e che da essa ogni anno escono 1500 laureati.

La Casa dello Studente sorgerà in posizione amena e sarà capace di ospitare oltre 300 studenti.

**Conferenze del prof. Bottazzi a Rio de Janeiro.**

L'Accademico d'Italia S. E. il prof. Bottazzi ha tenuto a Rio de Janeiro una serie di conferenze organizzate dall'Istituto di Alta Cultura Italo-Brasiliana, conferenze che hanno ottenuto vivo successo e nelle quali egli ha fatto conoscere e apprezzare gli ultimi progressi della fisiologia in Italia. Alla Facoltà di Medicina di Rio de Janeiro l'Accademico d'Italia ha parlato del « Significato biologico delle sostanze nutritive » ed all'Accademia di Medicina su « Enzimi, ormoni e vitamine ».

Solennemente ricevuto all'Accademia Brasiliana delle Scienze in occasione della sua nomina a membro onorario dell'Accademia, S. E. Bottazzi ha intrattenuto gli accademici sul tema: « La materia vivente ». Tutte le riunioni si sono svolte con la massima solennità e ad esse hanno assistito le più alte personalità scientifiche nonchè numerosissimi professionisti e studenti, e il rappresentante della Reale Accademia d'Italia è stato fatto segno a manifestazioni di deferente simpatia da parte dei colleghi brasiliani con cui ha avuto utili scambi di idee. Il Regio Ambasciatore d'Italia ha offerto in suo onore un ricevimento cui è intervenuta tutta la collettività italiana.

Prima della partenza per far ritorno in Italia, S. E. Bottazzi ha tenuto una conferenza agli italiani di Rio de Janeiro sul tema: « Leonardo », suscitando vivo entusiasmo e calorose manifestazioni di devozione all'Italia.

**Scuola medica ospitaliera di Roma.**

La Scuola ha organizzato per l'anno scolastico 1934-35, come di consueto, corsi della durata di un semestre ma in cui l'iscrizione dà diritto alla frequenza per un solo trimestre e può aver luogo al 1° ed al 15 di ogni mese, ma non oltre il 1° marzo 1935; e corsi di durata minore, in cui l'inizio non può aver luogo oltre la data di inizio dei corsi stessi. Il primo gruppo comprende la medicina generale, la chirurgia generale e la pediatria; il secondo gruppo comprende tutti i rami della medicina e chirurgia. Avranno anche luogo « le domeniche neuropsichiatriche » dal 15 gennaio al 15 aprile; un corso per medici condotti tra febbraio e giugno; un corso di preparazione agli esami di Stato dal 1° agosto al 31 ottobre. Chiedere il programma alla segreteria, Policlinico Umberto I, Roma 127.

**Scuola di perfezionamento in igiene e sanità pubblica.**

Sono aperte le iscrizioni alla Scuola post-universitaria di perfezionamento in Igiene e Sanità pubblica, istituita presso la R. Università di Bologna e che conferisce il diploma di specialista in Igiene e Sanità pubblica.

Alla Scuola possono essere inscritti soltanto i laureati in Medicina e Chirurgia. Il corso ha la durata di due anni, al termine dei quali verrà rilasciato un diploma di Specialista in Igiene e Sanità pubblica.

Per ulteriori chiarimenti od informazioni rivolgersi alla Direzione della Scuola presso l'Istituto di Igiene (via S. Giacomo 18) od alla Segreteria Universitaria (via Zamboni 33).

**L'istituto medico-legale dell'Aeronautica.**

Con recente provvedimento del Capo del Governo è stato disposto che in Ferrara sorga l'Istituto medico-legale dell'Aeronautica.

L'edificio, che sarà costruito col concorso del Comune, comprenderà quaranta vani, adibiti ai vari servizi: amministrazione, segreteria, ricerche radiologiche, psicologiche, otorinolaringoiatre; direzione, sale d'aspetto, laboratori di fisica fotogenica, chimica, ecc. Una vasta e ricca biblioteca medica sarà annessa alle sale della Commissione medica centrale.

L'Istituto potrà servire alla visita di oltre tremila persone all'anno e, per l'estrema delicatezza dell'esame fisico-psichico, sarà dotato di appositi e moderni servizi sanitari specializzati.

**All'Ospedale civile di Arezzo.**

Il 28 ottobre venne inaugurato il nuovo padiglione di isolamento dell'Ospedale Civile « Vittorio Emanuele III » di Arezzo che, in seguito a deliberazione della Commissione amministrativa ospedaliera, è intitolato al nome di un benefattore, il conte Angelo Galli-Tassi, il quale nell'anno 1863 legò al Pio Ente la somma di lire 123.411,76, che andrebbe decuplicata per riportarla

al valore attuale del denaro e la cui rendita, che ascende a L. 5008,65, viene annualmente erogata per l'acquisto di strumenti medico-chirurgici.

Alla spesa di costruzione del moderno padiglione è stato fatto fronte, per L. 300.000 erogando le economie di bilancio e per L. 100.000 mediante un contributo del Comune di Arezzo.

**Istituti igienico-sanitari in provincia di Lucca.**

L'amministrazione provinciale di Lucca ha provveduto alla costruzione di due importanti istituti per la salute pubblica. Il primo di questi istituti, costruito « ex-novo », è quello d'igiene sociale, modernamente attrezzato e che comprende un dispensario antitubercolare ed un asilo diurno per bambini gracili, capace di 40 posti; il tutto con una spesa minima, di 440 mila lire. Il secondo è l'Istituto preventoriale « Principessa Maria di Savoia » sorto in una grande villa, nel ridente paese di Carignano e a pochi chilometri da Lucca, capace di 60 letti, per ambo i sessi, dotato di ogni servizio, con Chiesa, sale di riunione e con un ampio parco per la cura solare. Per riadattare convenientemente lo stabile si sono spese 365.000 lire.

**Opere igienico-sanitarie in provincia di Piacenza.**

Nella città e provincia di Piacenza sono state attuate recentemente numerose opere igienico-sanitarie. Degne di rilievo sono: la costruzione dell'ospedaletto Umberto I con annessi uffici amministrativi, opera compiuta dall'Amministrazione degli Ospizi civili; la costruzione di tre nuove ali e relativa Cappella nell'Ospizio Vittorio Emanuele II e l'ampliamento del Dispensario Antitubercolare eseguite dall'Amministrazione provinciale.

Il grande fabbricato che ospita l'ospedaletto Umberto I è in stile classico e si ispira, nelle linee generali, alla architettura del Vignola. L'ala di destra, entrando è occupata dall'ospedaletto, che accoglierà un centinaio di bimbi. L'altra parte dell'ala destra è occupata dalla farmacia dell'ospedale. La parte sinistra è occupata, al pianterreno, dall'Ufficio di accettazione dei malati, dalla sala di pronto soccorso e dagli ambulatori pubblici. Il primo piano è completamente assorbito dagli uffici della Presidenza, dalla Segreteria generale, dall'Amministrazione, dall'Ufficio Tecnico e dalla Ragioneria.

Il padiglione nel suo complesso, è una di quelle opere moderne le quali fanno onore all'Ente che lo ha fatto costruire. L'opera è costata oltre un milione e mezzo di lire.

La costruzione di tre nuove ali nell'Ospizio Vittorio Emanuele si è resa quanto mai necessaria anche perchè occorreva dare, ai vecchi del ricovero, maggiore comodità, essendo fra l'altro aumentato il numero degli ospitati. L'opera è costata 500.000 lire.

L'ampliamento del Dispensario Antitubercolare venne disposto dall'Amministrazione provinciale per favorire la lotta contro la tubercolosi destinando L. 200.000 al Consorzio Provinciale Antitubercolare costruito nel 1932 con la spesa di lire 300.000 compreso l'arredamento. Il 28 ottobre venne inaugurata un'aula di fabbricato a un piano, posta normalmente al fabbricato esistente e che raddoppia la capacità dell'ambiente del Dispensario. Il costo del fabbricato completo, con materiale di arredamento, supera le lire 280.000.

**L'Ospedale Fatebenefratelli di Milano.**

A somiglianza di quanto è già stato fatto a Roma nell'Isola Tiberina, la Confraternita dei Fatebenefratelli ha deciso l'ampliamento del vecchio ospedale di Milano e la costruzione di nuovi edifizi, per 600 posti-letti; inoltre saranno costruiti *ex novo* 8 nuovi ambulatori.

La retta di degenza è di L. 25 giornaliere — compresi gli atti operativi — a parziale rivalsa delle spese. Il Comune di Milano si vale largamente dei posti messi a disposizione da questo Ospedale.

**Costruzioni ospedaliere all'Asmara.**

Continuando il completamento e lo sviluppo dei varî servizi sanitari, sono stati recentemente ultimati e attrezzati nuovi padiglioni dell'ospedale principale della colonia di Asmara che si intitola all'Augusto nome di S. M. la Regina Elena.

Tali padiglioni sono: un ambulatorio oculistico e odontoiatrico composto di sei sale di medicazione e di consultazione: la costruzione, che richiese numero 615 giornate lavorative di operai italiani e 2557 giornate di operai indigeni, ha importato una spesa di sole L. 62.000; un padiglione dermo-celtico composto di sette vani e che richiese 290 giornate di lavoro di operai europei e 2700 di operai indigeni con una spesa di lire 72.470.

Un altro nuovo padiglione è stato costruito in Adi Caieh in aggiunta alla già esistente infermeria non più sufficiente per assistere la popolazione indigena che con crescente fiducia accorre a richiedere le cure dei nostri sanitari anche da lontani paesi di oltre confine. Questo padiglione si compone di otto sale e richiese 368 giornate lavorative di operai italiani e 3360 giornate di lavoro di operai indigeni con una spesa di lire 81.100.

**La lotta contro la malaria in provincia di Milano.**

L'attività del Comitato antimalarico nell'anno XII, il quarto della campagna antimalarica della provincia, si è svolta seguendo il piano dei precedenti anni, con quelle modifiche di dettaglio suggerite dall'esperienza.

Nel campo assistenziale si è ridotto il numero degli ambulatori da 34 a 33, continuando con le stesse direttive, già perfezionate. Nel periodo interepidemico furono controllati diligentemente tutti gli infermi, specialmente al fine di identificare e curare i gametocitiferi, somministrando, oltre al chinino, preparati arsenicali, ecc. Gli ambulatori, in funzione dal 1° giugno ed istituiti nei Comuni più infetti, esplicano la loro attività fino al 15 novembre.

Si è provveduto inoltre ad assistere e curare, giusta le disposizioni della nuova Legge ed a seguito delle segnalazioni del « Commissariato per la migrazione e la colonizzazione interne », i malarici (operai e coloni) reduci da zone malariche, ed ivi addetti a lavori di bonifica.

Per quanto riguarda la bonifica del suolo o antianofelica, i Comuni ed i privati hanno continuato nella consapevole collaborazione del Comitato, assumendosi le spese della mano d'opera nei lavori ed interventi antianofelici. L'opera di delarvizzazione si è svolta mediante la bonifica chimica con verde di Parigi, tuttora in corso ed applicata in tutti i focolai anofeligeni. Congiuntamente però si è esplicata una intensa attività di piccola bonifica, consistente in lavori di spurgo

e diserbamento, colmatelle, prosciugamenti con savanellizzazione, rettifiche di sponde, ecc., in modo da eliminare gran parte dei ristagni di acqua.

Ed infatti nell'anno XII sono state eseguite 61 colmate di raccolte di acqua stagnante, 6 canalizzazioni di acqua stagnante; sono state impiantate sei idrovore per prosciugamento di altrettante raccolte idriche, e si è proceduto alla lemnizzazione di quattro grandi raccolte idriche e ad altre opere minori.

Per maggiori dettagli rimandiamo alla « Riv. di Malar. », 1933-1934.

**Un po' dovunque.**

Il 4° Congresso internazionale ospedaliero si terrà a Roma dal 5 al 12 maggio 1935; sarà preceduto da una visita agli ospedali di Milano, Genova e Firenze e seguito da escursioni a Napoli, in Sicilia e nella Tripolitania.

La Regina Elisabetta, il Re e la Regina dei Belgi si sono degnati di accordare il loro Alto Patronato alla 14ª Sessione delle Giornate Mediche di Bruxelles, indette dal 29 giugno al 3 luglio 1935, in occasione della Esposizione Universale Internazionale.

La Società svizzera di psichiatria si è adunata il 3 e 4 novembre a Berna, nell'aula della Clinica ginecologica; le relazioni concernettero l'igiene mentale.

Il dott. Ion Jianu, professore di clinica chirurgica a Bucarest, ha fondato a Praga una « Federazione dei chirurgi della piccola intesa ».

All'Ospedale italiano di Buenos Aires si sono tenute delle riunioni scientifiche il 31 luglio e il 28 agosto, sotto la presidenza del prof. N. V. Greco, assistito dal segretario dott. V. Bigatti. Nella prima di queste riunioni furono fatte comunicazioni da: C. L. Pinto, C. E. Ottolenghi, E. Tenconi-G. Foglio; G. Rizzo-M. Bonafira-E. Depretis, D. Boccia-G. Tenconi. Nella seconda furono fatte comunicazioni da: R. Pini, L. Pagliere-T. Schiappapietra; P. Priani-O. Da Rin, O. Mazzini-J. Tenconi, C. V. Zerbini-F. F. Oliva.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese si è adunata il 5 settembre, sotto la presidenza del prof. G. Pieri, assistito dal segretario dott. G. Locatelli. Furono fatte comunicazioni da Rita Cohn, G. F. Formenton, M. Bortolozzi, G. Pieri. Il prof. G. Pieri, che ora passa all'Ospedale di Udine, è stato nominato presidente onorario.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 26 ottobre, sotto la presidenza del prof. Fiorani, assistito dal segretario dott. M. Bertolozzi. Il prof. D. Calzavara tenne una conferenza sull'ipertrofia prostatica; furono fatte comunicazioni da L. Tomasi, N. Lovisatti, G. Ronfini, G. Zannier.

Il ministero argentino della istruzione pubblica ha deciso la chiusura della Facoltà delle scienze mediche di Rosario.

È stata riaperta a Dresda la 2ª Clinica medica ed affidata alla direzione del prof. Otto Rostoski.

Verrà fondato a Parigi un ospedale d'urgenza, riservato unicamente agli infortunati stradali. Sarà di proporzioni ridotte (47 letti); sorgerà sul posto dell'attuale Ospedale Beaujon, che è destinato alla demolizione.

Ospedali simili già esistono in Romania, Brasile, Spagna.

Per sottoscrizione popolare è stata provveduta un'autoambulanza all'Ospedale Vélez Sarsfield di Buenos Aires. Alla consegna parlarono il sig. Pedro Andrés Kopen per la commissione, il direttore dell'ospedale dott. Eduardo S. Centeño e il direttore dell'assistenza pubblica dott. Juan M. Obarrío.

Con riferimento alla deplorata morte di Barthou — la quale si sarebbe potuta evitare con un tempestivo e semplice intervento, o se nell'ospedale non si fosse dovuto attendere una ventina di minuti per i primi soccorsi — un consigliere municipale di Parigi, Armand Massard, ha chiesto al Prefetto della Senna e al Prefetto di Polizia se non sia possibile di assicurare un servizio medico in ogni riunione ufficiale cui debbano prendere parte grandi personalità.

Il sig. Florencio Alucha, deceduto a Buenos Aires, ha disposto un lascito di un milione di pesos perchè nel Brefotrofio si costruisca un Padiglione per l'assistenza ai bambini tubercolotici.

Il canonico don Domenico Lamiani, morto in età di 79 anni a Portoferraio, ha legato 10.000 lire al Comune, per l'ospedale, ed ha fatto altri legati benefici.

L'Istituto Sieroterapico Milanese ha deciso di mandare in Eritrea una missione scientifica, composta di due competenti, per studiare la fauna erpetologica ed eventualmente creare un serpentario, destinato a ottenere il veleno per la preparazione di sieri curativi specifici contro i veleni di serpenti.

A cura della Casa editrice B. Schwalbe & Co. di Basilea si è iniziata la pubblicazione degli « Helvetica Medica Acta », diretti dal dott. E. Bircher di Aarau e dal prof. A. Gigon di Basilea.

Si è iniziata a Caracas la pubblicazione degli « Archivos de Historia Médica de Venezuela », diretti dal prof. P. D. Rodríguez-Rivera, rettore dell'Università di Caracas, primo vice-presidente dell'Accademia Nazionale di Medicina del Venezuela.

Il Governo olandese ha nominato una commissione, composta di professori delle principali università nazionali e di personalità eminenti, per studiare e proporre i mezzi idonei a limitare l'affluenza di studenti universitari e il numero dei diplomi.

La classe medica brasiliana ha commemorato festosamente il giubileo professionale dell'eminente maestro A. Austregesilo, titolare di clinica neurologica alla Facoltà medica di Rio de Janeiro e la cui carriera nel campo didattico, scientifico, politico, ha poche uguali. La glorificazione di Austregesilo è stata non solo una prova di ammirazione per la sua dinamica, multiforme e inesauribile attività produttiva in campi svariati, ma anche di gratitudine pel suo sacerdozio nell'arte curativa e di amicizia, poichè la sua cordialità di fondo gli conquista simpatie durature.

Si è celebrato il 30° anno d'insegnamento di Emilio de Grosz, che dal gennaio 1904 è profes-

sore di oftalmologia all'Università di Budapest; in questo frattempo nella sua clinica sono stati ricoverati più di 52.000 pazienti e nell'ambulatorio annesso ne sono passati più di 650.000. L'attività del Grosz è caratterizzata dalle cure diligentissime ed affettuose rivolte ai malati, mentre l'insegnamento assume un compito subordinato. Un lato notevole della sua attività è l'interesse posto nella biblioteca, divenuta una delle più ricche sulla specialità; vanta molti libri rarissimi.

Il dott. John A. Kolmer ha rassegnato le dimissioni da professore di medicina (clinica medica) all'Università Temple di Filadelfia, allo scopo di destinarsi per intero alla ricerca scientifica. Il Kolmer era già stato professore di patologia e batteriologia alla Scuola di perfezionamento medico dell'Università di Pennsylvania, nella stessa città. Egli mantiene un insegnamento di immunologia, microbiologia e chemioterapia, ma ha rinunziato all'insegnamento clinico.

Il commissario confederale on. Balbino Giuliano ha espresso un vivo elogio al prof. Alessandro Lanfranchi, segretario nazionale del Sindacato Nazionale Fascista Veterinari, per il lavoro di organizzazione compiuto. Al Lanfranchi subentra il commissario dott. Luigi De Dominicis.

All'uscente il nostro cordiale saluto; all'eletto tutto il nostro affettuoso compiacimento.

La cittadina di Einbeck ha deciso di erigere una cappella votiva alla memoria di Guglielmo Sertürner, scopritore della morfina, che tanto ha contribuito a lenire le sofferenze. Il Sertürner nacque a Paderborn, nella Westfalia, e morì a Hameln dopo avere esercitato per molti anni la professione di farmacista a Einbeck, ove nel 1805 isolò l'alcaloide principale dell'oppio.

Nella Czecoslovacchia ha avuto luogo, durante il mese di settembre, uno sciopero di farmacisti, diretto contro una disposizione governativa, che limita il diritto di prescrizioni farmaceutiche da parte delle Casse malattie.

Il Ministero dell'interno, sentito il Consiglio Superiore di Sanità, ha accolto un ricorso avanzato dal prof. Francesco Patti, avverso una misura disciplinare — l'avvertimento — inflittagli dall'Ordine dei Medici di Catania, provvedimento che risultò viziato per incompetenza, inconsistenza ed eccesso di potere; la G. P. A. di Catania accoglieva, poi, un ricorso dello stesso prof. Patti, avverso il licenziamento dal posto di aiuto nel reparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Civile di Catania, ritenendo la relativa deliberazione del Commissario dell'Ospedale arbitraria ed illegittima.

Una vecchia signora inglese aveva fatto un ingente legato al proprio medico, a titolo di gratitudine per l'assistenza ricevutane. I parenti della signora avevano intentato causa; ma la « Medical Defence Union », che tutela gl'interessi legittimi dei medici, convinta della buona fede del medico, invitò questi ad opporre resistenza. Egli ha ora troncato ogni azione, rinunziando all'eredità, salvo una piccola quota che, a suo avviso, rappresenta le competenze inderogabili delle sue prestazioni.

Un Tribunale di Polizia correzionale del Finestère (Francia) ha assolto il dott. Keranguyader dall'accusa di mancata denunzia di una nascita. In Francia l'obbligo di queste denunzie spetta al padre del neonato e, in mancanza, al medico, all'ufficiale di sanità o ad altre persone presenti al parto. Nel caso specifico il padre del bambino era assente; al parto assistettero il medico, la nonna del bambino e tre signore estranee alla famiglia. Queste erano tutte accusate; il Tribunale ha ammesso soltanto la colpa della vecchia nonna.

La Sezione penale della Corte di Cassazione di Parigi ha respinto un ricorso del dott. Zakine, il quale era stato condannato, in primo giudizio ed in appello, per avere dato ad una signorina incinta l'indirizzo di una levatrice che avrebbe praticato su di lei l'aborto. L'indirizzo venne scritto dal medico su di un foglio del suo blocco per ricette, dopo avere lacerato l'intestazione. Il medico aveva aggiunto, a voce, le informazioni per recarsi dalla levatrice senza parlare con i portinai. La denunzia venne fatta dalla stessa signorina, certa Pérou. È risultato che le manovre abortive si praticavano in una vera « officina di aborti ». La causa ha avuto molti sviluppi; vi hanno avuto parte avvocati e magistrati molto noti; la motivazione della sentenza è ampia e circostanziata.

Al prof. Giovanni Revoltella, apprezzato collaboratore del « Policlinico », esprimiamo il nostro dolore per il grave infortunio automobilistico occorso a lui ed alla famiglia della sua fidanzata il 4 novembre, lungo la strada Roma-Terracina.

Il dott. Axel Munthe, medico della regina di Svezia, da 6 anni divenuto del tutto cieco, è stato operato dal prof. Vogt di Zurigo ad un occhio, che ha riacquistato una forza visiva normale; l'altro occhio è da anni definitivamente cieco ed inoperabile. Il Munthe si è dimostrato veramente felice, sovratutto in quanto ora gli è dato nuovamente di leggere.

Alcuni anni addietro il Vogt aveva conseguito un analogo successo nei riguardi del poeta James Joyce.

È morto improvvisamente a Francoforte il prof. JULIUS STRASBURGER, in età di 63 anni, appena dopo essere andato in quiescenza. Era genero di Nothnagel; fu chiamato a Francoforte nel 1913 da Breslavia, ove si era formato. Era ordinario di medicina interna; dirigeva anche la Policlinica universitaria e l'Istituto di terapia fisica.

In numerosi lavori egli si era occupato principalmente di gastro-enteropatie, di cardiopatie, di terapia fisica.

Il dott. FRIEDRICH AEMMER, presidente del Dipartimento di Sanità del Cantone di Basilea, è morto a 68 anni, il 20 ottobre, per un infortunio automobilistico, presso Losanna. Egli è noto per avere promosso le mutue: a lui si deve in particolare l'organizzazione della cassa per malattie di Basilea, la quale annovera 95.000 iscritti. È per sua iniziativa che venne costruito l'Ospedale ginecologico. Ha esplicato altre attività. Gli si rimproverava di non aver sempre curato gl'interessi della classe medica; ma si deve riconoscere che, nell'insieme, ha giovato così al pubblico come ai medici.

È morto tragicamente a Napoli, nell'aula della Scuola Medica « Domenico Capozzi », mentre insegnava, il prof. EDMONDO BERGER, libero docente, direttore dell'Ospedale Civile di San Leonardo a Castellammare di Stabia, consulente dell'Ospedale dei Pellegrini di Napoli, valente sanitario. M. P.

# RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Wien. Klin. Woch.*, 7 sett. — C. STERNBERG. Cosidetta precancerosi.

*Riv. Oto-Neuro-Oftalm. ecc.*, lug.-ag. — M. BERTOLOTTI. I moderni metodi d'indagine radiologica del nevrasse.

*Journal A. M. A.*, 18 ag. — R. A. FENTON. Herpes zoster oticus. — A. E. KELLER e W. S. LEATHERS. Immunizzazione con tossoide difterico precipitato mediante allume.

*Paris Méd.*, 1 sett. — Numero di oftalmol. e di oto-rino-laringol.

*Journ. d. Prat.*, 8 sett. — EM. SERGENT. Bacillemia tbc.

*Arch. di Anat. e Ist. Pat.*, mar.-apr. — M. SINDONI. Tumori benigni dell'intestino. — M. CHIOVENDA. Il tessuto adiposo subpleurico. — M. CHIOVENDA. Sclerocistite suppurativa ipertrofizzante diffusa neoplastiforme.

*Med. Welt*, 8 sett. — Numero sul pensiero biologico in medicina.

*Minerva Med.*, 8 sett. — G. ROASENDA e P. E. MASPES. Parkinsonismo post-encefal., sindromi isteriche e catatoniche.

*Revue Neurol.*, giu. 14° Congresso internaz. di neurol.

*Ann. di Ost. e Gin.*, 31 ag. — F. VOZZA. Terapia ormonica ovarica ad alte dosi.

*Rif. Med.*, 25 ag. C. VERCESI e F. GUERCIO. Nuove reazioni di Maurizio Ascoli per i tumori.

*Presse Méd.*, 9 sett. — L. BÉRARD e P. COLSON. Cuore basedowiano e cardio-tireosi.

*Journ. Nerv. a Ment. Dis.*, sett. — L. STONE e M. M. ABELAS. Trattam. della distrofia muscolare con gelatina.

*Klin. Woch.*, 8 sett. — J. K. MAYR. Il potere escretore della saliva. — L. LEITES e al. Il ricambio dei grassi nel diabete.

*Forze Sanit.*, 30 ag. — F. MICHELI. Glomerulonefrite acuta diffusa.

*Wien. Klin. Woch.*, 14 sett. — HÖGLER. Dilatazione intermittente dell'aorta addom.

*Brasil-Méd.*, 4 ag. — J. VELHO DA SILVA. Il fattore cecale in certi casi di falsa appendicite. — 18 ag. F. A. DE MOURA CAMPOS. Azione della cumarina sui vasi. — 25 ag. S. DE MENDONÇA. Perturbamenti nel metabolismo della bilirubina.

*Acta Med. Scand.*, I-IV. — E. ROSLING. La prognosi dell'ipertensione. — J. DAIKHOVSKY e al. Funzione emetica dello stomaco. — T. H. LARSEN. Anemia consecutiva ad operazioni sullo stomaco. — P. KALLÓS e al. Allergia e immunità nella tbc; β-tubercolina. — A. L. TSCHISHEWSKY. Azione fisiologica degli joni dell'aria. — J. WANDENSTRÖM. Porfiria acuta.

*Rif. Med.*, 1 sett. — S. DE CANDIA. Morbo di Cushing.

*Med. Welt*, 15 sett.; *Deut. Med. Woch.*, 14 sett.; *Kl. Woch.*, 15 sett. — Resoconto della riunione di naturalisti e medici tedeschi.

*Med. Klinik*, 14 sett. — E. ABDERHALDEN. Le cause della vecchiaia. — H. BERNHARDT. Patogenesi della pinguedine.

*Journ. Méd. Franç.*, ag. — Numero sui reumatismi cronici.

*Arch. Méd.-Chir. de l'App. Resp.*, 4. — G. DERSCHEID e al. Le laringiti tbc.

*Riv. di Patol. nerv. e ment.*, lug.-ag. — C. PANÀ. Angioreticulomi. — P. E. MASPES. Ricerche pneumoencefalografiche. — V. SAGGESE. Probabile paralisi spinale spastica.

*Rinasc. Med.*, 15 sett. — C. MARTELLI. Meiopragie circolatorie nelle infezioni acute. — R. RORDORF. Sulla crisi da rifornimento nella collassoterapia polmonare.

*Surg., Gyn. a. Obst.*, sett. — S. L. KOCH. Infezioni rapidamente diffusive della mano consecutive a ferite di lieve entità. — H. R. DEW. Malattia idatidea del cervello. — E. H. POOL e al. Trattamento chirurgico del gozzo esoftalmico. — M. L. MASON. Tenosinovite tbc. della mano.

*Amer. Journ. Med. Sc.*, sett. — M. FINLAND e al. Recidive nella polmonite da pneumococco. — W. A. SALZMAN. Rottura spontanea del cuore simulante malattia chirurgica dell'addome.

## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

**Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.**

ANNO XLI — Roma, 26 Novembre 1934 - XIII — Num. 47

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI BARI
direttore: Prof. LUIGI FERRANNINI

### La glicemia e la curva glicemica nei diversi periodi delle cardiopatie, con e senza insulina.

Dott. SALVATORE ROMANO

Alle vecchie e nuove teorie emodinamiche dello scompenso cardiaco, Eppinger ha opposto una teoria chimica, arrivando a sostenere che lo scompenso è una malattia del ricambio idrocarbonato, per eccessivo consumo e difettosa utilizzazione dei carboidrati. Esisterebbe, nei cardiopatici un'alterazione della resintesi dell'acido lattico formatosi durante il lavoro. La maggior parte dell'acido lattico, che normalmente viene utilizzata per la ricostruzione del glicogeno, nei cardiopatici, invece, verrebbe sottratta alla resintesi e ossidata.

E la mancata resintesi dell'acido lattico, unitamente alla diminuita capacità dell'organismo di neutralizzare gli acidi, sposterebbe l'equilibrio acido-basico verso l'acidosi; donde aumento della velocità del sangue e peggiore utilizzazione di ossigeno alla periferia, e quindi aumento di lavoro del cuore, che mena facilmente allo scompenso un organo già precedentemente leso e non in grado di far fronte ad un aumento di lavoro.

Tutto questo, riallacciandosi con ricerche vecchie (Albertoni, Locke, Lomonaco) e nuove (Stewart, Loeper e Lemaire) intorno all'azione degli zuccheri sul cuore, da Büdingen in poi, ha inspirato moltissime indagini sul valore terapeutico dello zucchero nelle cardiopatie scompensate.

Sono invece difettate le ricerche sul ricambio dei carboidrati, che si presumerebbe alterato nei cardiopatici.

Niemager, Sachi e Goldberg hanno osservato un aumento della glicemia, in quelle cardiopatie gravi, che dovrebbero rientrare nella forma delle cardiodistrofie secondo Büdigen. Invece Chasanaff, in un gran numero di cardiopatici, in diversi gradi di scompenso, ha mostrato che la glicemia a digiuno è net-

tamente al di sotto del normale (0.85 % nei cardiopatici compensati, 0.75 % negli scompensati, come valori medi), sostenendo che esiste un rapporto fra la gravità dello scompenso e l'abbassamento della glicemia.

Taterka e Ostreicher hanno confermato i dati di Chasanaff.

Se gli idrati di carbonio esplicano una benefica azione nello svolgersi dell'attività cardiaca, specie sull'attività del cuore scompensato, evidentemente il ricambio degli idrati di carbonio nello scompenso dovrebbe essere alterato.

Per portare un contributo alla conoscenza del ricambio degli idrati di carbonio nelle cardiopatie, ho studiato, in vari malati di cuore, il comportamento della curva glicemica.

Ho adoperato per il dosaggio dello zucchero nel sangue, il metodo di Folin e Wu.

Determinato il mattino nel malato a digiuno da dodici ore, il tasso glicemico, gli ho fatto ingerire cento grammi di glucosio. Dopo 1/2, 1, 2, 3, 4, ore, ho dosato di nuovo il tasso glicemico.

Ho cercato sistematicamente lo zucchero nelle urine.

Ho ripetuto la curva glicemica nei diversi periodi della cardiopatia, tenendo conto dei medicamenti somministrati.

Ho iniettato nei cardiopatici in genere e in diversi periodi della loro malattia, dieci unità d'insulina, dopo aver fatto ingerire cento grammi di glucosio e ho visto come si comportava la curva glicemica.

Ho adoperato sempre l'insulina della stessa marca.

CASO I. — N. Michele, studente, di anni 13: doppio vizio della mitrale da endocardite reumatica, scompensato (affanno ad ogni minimo sforzo, dolori precordiali, edemi agli arti inferiori, fegato e milza da stasi; bozza precordiale, doppio soffio alla punta). R. W. positiva. Nell'urina: albumina: 0,10 ‰. Urobilina: presente.

22-XI-1933. Glicemia, a digiuno 0,34; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. 0,90; 1 ora dopo 0,95; 2 ore dopo 1; 3 ore dopo 0,68; 4 ore dopo 0,52; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

13-XII-1933. Glicemia, a digiuno 0,45; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. + 10 u. insul. 1,30; 1 ora dopo 1; 2 ore dopo 0,80; 3 ore dopo 0,77; 4 ore dopo 0.70. Zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

CASO II. — V. Michele, di anni 34: aortite luetica con insufficienza aortica, in lieve scompenso (dolori continui, spesse volte accessionali violenti, localizzati dietro lo sterno. Accessi dispnoici, specie notturni. Bozza precordiale, itto scotente, spostato in basso e a sinistra, ampliamento del fascio vascolare, soffio prolungato sul focolaio dell'aorta, che occupa tutto il tempo della diastole). R. W. positiva.

20-XII-1933. Glicemia, a digiuno 1; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. 1,08; 1 ora dopo 1,78; 2 ore dopo 1,19; 3 ore dopo 0,81; 4 ore dopo 0,80; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

24-I-1934. Glicemia, a digiuno 0,90; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di glucosio + 10 u. insul. 1,02; 1 ora dopo 1,19; 2 ore dopo 0,96; 3 ore dopo 0,78; 4 ore dopo 0,70; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

CASO III. — P. Giovanni, di anni 14: doppio vizio mitralico da endocardite reumatica compensato. (Affanno, cardiopalmo. Doppio soffio alla punta).

13-I-1934. Glicemia, a digiuno 0,84; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. 1,05; 1 ora dopo 1,07; 2 ore dopo 1,11; 3 ore dopo 1,11; 4 ore dopo 1; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

15-I-1934. Glicemia, a digiuno 0,95; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. + 10 u. insul. 1,05; 1 ora dopo 1,16; 2 ore dopo 0,76; 3 ore dopo 0,51; 4 ore dopo 0,50; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

CASO IV. — O. Andrea, di anni 47: doppio vizio della mitrale e insufficienza delle valvole aortiche in lieve scompenso, con fatti tubercolari all'apparecchio respiratorio (tosse, emottisi, affanno, dolori precordiali. Doppio soffio alla punta e soffio in secondo tempo sul focolaio dell'aorta. Finissimi rantoli inspiratori, sonori agli apici). R. W. positiva.

23-I-1934. Glicemia a digiuno 0,90; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. 1,02; 1 ora dopo 1,19; 2 ore dopo 0,96; 3 ore dopo 0,78; 4 ore dopo 0,70; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

30-I-1934. Glicemia a digiuno 0,94; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. + 10 U. insul. 1,2; 1 ora dopo 1,44; 2 ore dopo 1; 3 ore dopo 1; 4 ore dopo 0,80; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

CASO V. — M. Vincenza, di anni 57, insufficienza mitralica in scompenso. (Affanno dopo qualsiasi sforzo. Arti inferiori edematosi. Fegato e milza da stasi, debordanti notevolmente dall'arco costale. Bozza precordiale, fremito sistolico, dolce soffio in primo tempo). È stata trattata con canfora, digitale, Uabaine, Scillaren. Nell'urina: albumina: 0,10 ‰. Urobilina: presente.

15-II-1934: glicemia a digiuno 0,50; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. 1,84, 1 ora dopo 2; 2 ore dopo 1,88; 3 ore dopo dopo 1,60; 4 ore dopo 1; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

18-II-1934: glicemia a digiuno 0,68; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. + 10 U. insul. 1; 1 ora dopo 1,8; 2 ore dopo 1; 3 ore dopo 0,80; 4 ore dopo 0,73; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

CASO VI. — A. Lucia Maria, di anni 47, miocardite ed aortite luetica in scompenso (Dispnea ad ogni minimo sforzo. Edemi agli arti inferiori, dolori all'ipocondrio destro, diminuzione della quantità totale dell'urina nelle 24 ore). R. W. positiva. Nell'urina: diminuzione dei cloruri. Albumina: tracce. Urobilina: presente.

20-II-1934: glicemia a digiuno 0,50; 1/2 ora dopo

somm. 100 gr. di gluc. 1; 1 ora dopo 1,08; 2 ore dopo 2; 3 ore dopo 0,90; 4 ore dopo 0,60; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

21-II-1934: glicemia a digiuno 0,60; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. + 10 U. insul. 1,40; 1 ora dopo 1,15; 2 ore dopo 1,10; 3 ore dopo 0,61; 4 ore dopo 0,60; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

CASO VII. — A. Antonia, di anni 23. Doppio vizio della mitrale da endocardite reumatica, in lieve scompenso. (Dispnea. Arti inferiori aumentati leggermente di volume. Doppio soffio alla punta. Fegato e milza leggermente debordanti dall'arco costale). Nell'urina: tracce di albumina e di urobilina.

27-II-1934: glicemia a digiuno 0,80; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. 0,80; 1 ora dopo 0,90; 2 ore dopo 0,90; 3 ore dopo 0,80; 4 ore dopo 0,81; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

28-II-1934: glicemia a digiuno 0,87; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. + 10 U. insul. 0,90; 1 ora dopo 0,92; 2 ore dopo 0,80; 3 ore dopo 0,80; 4 ore dopo 0,74 zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

CASO VIII. — T. Maria, di anni 19, stenosi mitralica compensata. (Dispnea ad ogni piccolo sforzo. Fremito diastolico; soffio in secondo tempo alla punta). È stata trattata con ouabaina, canfora, sparteina.

8-III-1934: glicemia a digiuno 1; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. 1,70; 1 ora dopo 1,90; 2 ore dopo 0,91; 3 ore dopo 0,90; 4 ore dopo 0,70; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

13-III-1934: glicemia a digiuno 0,90; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. + 10 U. insul. 1; 1 ora dopo 1,40; 2 ore dopo 0,90; 3 ore dopo 0,87; 4 ore dopo 0,80; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

CASO IX. — E. Maria, di anni 48, doppio vizio della mitrale da endocardite reumatica in scompenso. (Dispnea continua, che insorge anche allo stato di riposo. Edemi agli arti inferiori. Doppio soffio alla punta. Fegato e milza da stasi, notevolmente debordanti dall'arco costale). Nell'urina: diminuzione di cloruri. Albumina: 0,10 ‰. Urobilina: presente.

5-V-1934: glicemia a digiuno 1,40; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. 1; 1 ora dopo 0,80; 2 ore dopo 1; 3 ore dopo 1; 4 ore dopo 1,70; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

5-V-1934: glicemia a digiuno 1,30; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. + 10 U. insul. 1,30; 1 ora dopo 0,90; 2 ore dopo 1,20; 3 ore dopo 2; 4 ore dopo 2; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

CASO X. — C. Lucia di anni 43. Stenosi aortica compensata. (Dispnea, lipotimie, lieve dolenzia all'ipocondrio destro, astenia. Fremito sistolico e soffio in primo tempo sul focolaio dell'aorta).

11-V-1934: glicemia a digiuno 1; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di glucosio 0,80; 1 ora dopo 0,70; 2 ore dopo 1; 3 ore dopo 1; 4 ore dopo 1; zucchero assente nell'urina prima e dopo somministrazione di glucosio.

20-V-1934: glicemia a digiuno 0,80; 1/2 ora dopo somm. 100 gr. di gluc. + 10 U. insul. 0,89; 1 ora dopo 1; 2 ore dopo 0,83; 3 ore dopo 0,80; 4 ore dopo 0,80; zucchero assente nell'urina, prima e dopo somministrazione di glucosio.

Dei dieci casi studiati, quattro erano scompensati. Di essi, tre avevano ipoglicemia a digiuno, che era tanto più bassa, quanto più lo scompenso era grave. In uno dei quattro scompensati, la glicemia a digiuno era normale. Il comportamento della curva glicemica, dopo carico di zucchero, nei quattro casi scompensati, è stato in uno, normale; in tre, ritardato. Nel caso, in cui la glicemia a digiuno era normale, la curva glicemica risultò notevolmente ritardata. L'utilizzazione degli idrati di carbonio è stata favorita dall'influenza dell'insulina, in tre casi dei quattro scompensati studiati. In uno, oltre alla curva glicemica molto ritardata, non si è avuta modificazione della curva glicemica, dopo somministrazione di glucosio più insulina, rispetto alla curva glicemica praticata col solo glucosio.

L'attenzione di molti Autori, per spiegare questa ipoglicemia, è stata rivolta sia al fegato, che è il maggior deposito e distributore degli idrati di carbonio, sia alle secrezioni interne, specie all'antagonismo insulina-adrenalina, che ne regolano l'accumulo e la distribuzione nella muscolatura scheletrica, che ne è la maggiore consumatrice.

Indubbiamente, il fegato da stasi, è compromesso in modo grave nella sua funzione di glicogenogenesi e di glicogenolisi. Le turbe di questo organo devono cagionare, primitivamente, deviazioni quantitative dell'andamento delle trasformazioni chimiche, secondariamente, deviazioni qualitative, o decorso abnorme delle reazioni e delle trasformazioni chimiche.

Taterka e Ostreicher, in ricerche istologiche, colla colorazione del glicogeno, hanno dimostrato una diminuzione della quantità del glicogeno, accumulato nel fegato da stasi.

Per il Chasanaff, l'ipoglicemia dei cardiopatici è da ritenersi dovuta ad una aumentata azione dell'insulina per un diminuito afflusso antagonista.

In tre casi di lieve scompenso (n. 2-4-7), ho trovato la glicemia a digiuno normale, curva glicemica normale, sia dopo somministrazione di semplice glucosio, sia dopo somministrazione di glucosio più insulina.

Nei cardiopatici compensati (casi n. 3-8-10), la glicemia e la curva glicemica dopo carico di zucchero sono stati normali.

Dai risultati delle mie ricerche, vengo alle seguenti conclusioni:

1) Che, nello scompenso grave, a digiuno,

la glicemia è al disotto del normale e la curva glicemica, dopo somministrazione di 100 gr. di glucosio è protratta, nello scompenso.

2) Che la glicemia a digiuno, e la curva glicemica, nei casi di lieve scompenso, e nel compenso, sono normali.

3) Interpreto l'ipoglicemia a digiuno, nello scompenso, come conseguenza delle alterate funzioni di glicogenogenesi e di glicogenolisi del fegato da stasi, così pure il comportamento irregolare della curva glicemica, che ho visto nello scompenso, forse associate a disturbi neuro-ormonici, nel senso di uno spostamento del normale equilibrio adrenalina insulina.

4) Che non si possa accettare l'ipotesi di Eppinger, per la patogenesi dello scompenso cardiaco, che egli fa derivare da un primitivo alterato ricambio degli idrati di carbonio, ma che si deve ammettere un alterato ricambio idro-carbonato consecutivo allo scompenso, per le condizioni in cui viene a trovarsi il fegato nello scompenso.

RIASSUNTO.

Nello scompenso delle cardiopatie, vi è una ipoglicemia a digiuno, mentre l'iperglicemia, dopo somministrazione di glucosio è protratta; nel compenso e nei gradi lievissimi dello scompenso, non v'è alcuna alterazione del tasso glicemico e della curva da carico di zucchero.

L'A. attribuisce questo, alle alterate funzioni di glicogenogenesi e di glicogenolisi del fegato da stasi, alterate funzioni del fegato eventualmente associate a turbe neuro-ormoniche.

BIBLIOGRAFIA.

ALBERTONI. *Manière de se comporter des sucres e leur action dans l'organisme.* Arch. Ital. de Biol., T. XV, pag. 321.

LOCKE and ROSENHEIM. *The desappearance of dexstrose when perfused through the isolated mammaliam heart.* Journ. of Physiol., 1934, vol. 21, pag. 15

STEWART H. A. *The Dextrose cosunsuption by the isolated perfused human heart.* Journ. of. experim. medicine, 1910, n. 1. (*Repzinted in studies from the Rockeller Istitute for medicinal research*, 1910).

BÜDINGEN. *La terapia trofica del cuore col mezzo delle iniezioni endovenose ipertoniche di glucosio.* Schweizerische medizinische Wochenschrift, 1923, 16.

LOEPER e LEMAIRE, EPPINGER, NIEMAGER, SACHI, GOLDBERG, CHASANAFF, TETARKA, OSTREICHER. Autori citati da ESPOSITO.

ESPOSITO G. *Glucosio ed insulina nella patogenesi e nella terapia della insufficienza cardiaca.* Giorn. It. di mal. e trop. ed igiene col., n. 2-3-4-5.

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE ZAULI IN DOVADOLA (FORLÌ)

## Contemporanea presenza delle tre varietà di ernia inguinale.

Dott. PIETRO EMILIANI, chirurgo
e direttore sanitario.

Ritengo opportuno fare una breve descrizione di questo caso tutt'altro che frequente che recentemente ho avuto occasione di operare anche perchè si presta ad alcune considerazioni sull'ernia obliqua interna, sull'ernia inguinale della vescica, su alcune particolarità di tecnica operatoria perchè birecidivo.

Ho detto ernia della vescica perchè l'obliqua interna era formata da un diverticolo di quest'organo.

C. Cesare, anni 52, Castrocaro, colono, entra in Ospedale il 5-5-33.

Il padre morto di bronco-polmonite in tarda età; la madre vivente e sana. Ha due fratelli di cui uno affetto da ernia inguinale destra.

Nell'anamnesi del paziente risulta un tifo a 30 anni, qualche leggero processo influenzale nella stagione invernale. Nessuna malattia venerea.

Nell'agosto del 1931, alcuni giorni dopo uno sforzo violento, notò la presenza nella regione inguinale destra di una tumefazione indolente della grandezza di una noce, che aumentava sotto i colpi di tosse, facilmente riducibile nella posizione supina.

Forte lavoratore, vedendosi da questa molesta infermità menomato nella sua professione accettò di buon grado l'intervento chirurgico. Ma circa dieci mesi dopo nella stessa regione e con gli stessi caratteri di prima si ripresentò la tumefazione e questa volta con una tendenza maggiore a scendere verso lo scroto.

Si sottopose nel settembre dell'anno successivo a nuovo intervento ma purtroppo seguito anche questa volta da insuccesso.

La bozza riapparve e accompagnata da dolori intermittenti alla regione vescicale con leggera pollachiuria.

Impressionato anche da questi disturbi a carico delle vie urinarie decise di entrare in ospedale per le cure del caso.

Individuo di costituzione scheletrica regolare e con masse muscolari discretamente sviluppate, scarso pannicolo adiposo, cute e mucose visibili pallide, micropoliadenopatia. Apparato circolatorio e respiratorio: nulla di anormale.

L'addome si presenta normale in tutti i quadranti eccetto in quelli inferiori dove nelle due regioni inguinali si notano, quando l'ammalato sta in piedi due bozze. La cute che ricopre la tumefazione di destra è attraversata da una cicatrice lineare che va dalla spina iliaca anteriore superiore al pube. La bozza arriva quasi alla radice dello scroto, riducibile con pochi movimenti di pressione, riesce con la stessa facilità quando l'ammalato si alza.

Introdotto un dito nel canale inguinale e spin-

to in alto il sacco erniario col suo contenuto si percepisce *il battito* dell'arteria epigastrica.

A sinistra la bozza è molto più piccola, è situata nella parte mediale del canale inguinale, non esiste alcuna cicatrice. Il canale inguinale è libero e non è possibile percepire il battito dell'arteria. Da ambo i lati la riduzione delle bozze produce un gorgoglio e la percussione dà suono timpanico.

Si fa diagnosi di ernia inguinale obliqua esterna recidiva a destra e di ernia inguinale diretta a sinistra con probabile contenuto entero-vescicale solo in considerazione dei disturbi a carico della minzione.

Atto operatorio: narcosi morfi-eterea.

Asportata la vecchia cicatrice procedo all'esecuzione dell'operazione di Bassini. Dopo la scoperta e l'incisione della fascia-trasversalis e il trattamento del sacco col suo contenuto, avendo notato il piano muscolare del triplice atrofico e verso l'angolo pubico quasi scomparso e ridotto ad un semplice lembo connettivale, vado alla ricerca del margine esterno del muscolo retto per servirmene come rinforzo del triplice. Ma con sorpresa noto verso l'angolo interno in corrispondenza dell'orificio esterno la presenza di un'altra ernia di dimensioni molto più piccole della prima che è limitata medialmente dal bordo esterno del muscolo retto anteriore, in basso dal pube, lateralmente dal legamento di Henle e fascia trasversalis spostati in fuori. All'esterno si sente un cordone fibroso residuo dell'arteria ombellicale. Senza alcun dubbio era un'ernia inguinale obliqua interna.

C'era ora da stabilire, cosa molto importante, se si trattava di un sacco comune o di un diverticolo vescicale.

Lo spostamento all'esterno della fascia trasversalis, la consistenza, e nella storia i disturbi della minzione mi fecero propendere per la seconda ipotesi. Ne ebbi subito la conferma quando procedendo all'asportazione del diverticolo, alcune gocce di urina fuoriuscirono dalla ferita. Suturata la vescica con doppia sutura, procedetti alla ricostruzione dei piani servendomi anche per le ragioni che sopra ho citato, del bordo inferiore esterno del muscolo retto che col tendine congiunto unii al periosto del pube e al legamento di Colles.

Dall'altro lato trovai una comune ernia diretta a solo contenuto intestinale che corressi con la solita tecnica del Bassini.

Ultimato l'atto operatorio introdussi in vescica attraverso l'uretra un catetere di piccolo calibro che lasciai per alcuni giorni. L'urina che ne uscì era leggermente ematica.

Decorso post-operatorio normale; il paziente lasciò l'Ospedale in quindicesima giornata completamente guarito.

***

È appena necessario accennare che l'ernia inguinale diretta (interna secondo Scarpa) è un'ernia acquisita che si fa strada attraverso la fossetta inguinale media; delimitata internamente dall'arteria ombellicale obliterata o legamento ombellicale letarale ed esternamente dalla arteria epigastrica. È da considerarsi ernia di debolezza. Il sacco di questa ernia assume col cordone solo rapporti di vicinanza non intromettendosi mai nella sua guaina.

L'ernia obliqua interna, quella cioè che ha luogo attraverso alla fovea inguinalis sopravescicalis è rarissima tanto che molti AA. non la prendono in considerazione e in molti trattati di patologia se ne fa un cenno fugace.

La prima osservazione di questa varietà di ernia risale ad Astley Cooper nel 1804. Fu in seguito osservata da Cloquet (1817), Goyrand (1832), Velpeau (1841), Demeaux (1841), Morton (1841), Englisch (1868), Lemaisre (1873), Lupò (1880), Berger (1895), Marconi (1895), Monari (1896), Alessandri (1901), Bonomo (1905), Benfanti (1906), Bucci (1906), D'Este (1907), Mantelli (1911) ecc.

Velpeau fu il primo a chiamare questa ernia obliqua interna. Berger comunicò di aver operato quattro casi di ernia obliqua interna di cui tre costituite dalla vescica. Nel caso del Marconi invece coesisteva un'ernia obliqua esterna e l'obliqua interna era costituita da un cistocele para-peritoneale. Monari descrive un caso di cistocele extra-peritoneale obliquo interno.

In quello di Bonomo erano concomitanti un'ernia obliqua interna ed esterna, la prima era formata dalla vescica sprovvista di sacco sieroso.

Alessandri un caso interessante e rimasto unico di ernia obliqua interna bilaterale e da ambo le parti l'organo erniato era costituito dalla vescica prima di rivestimento peritoneale.

Altri casi con la coesistenza o no di altre ernie furono pubblicati da Luxardo, Delfino, Dell'Acqua, D'Este che ne raccoglie quattro casi, e da alcuni altri.

Per il vero non mi è stato possibile trovare nella letteratura un caso più complesso del mio perchè, come abbiam detto, al cistocele extra-peritoneale obliquo interno coesisteva un'ernia obliqua esterna birecidiva e dall'altro lato un'ernia diretta.

Nell'ernia obliqua mediale o interna la porta erniaria coincide con la fossetta vescico-pubica o fossetta inguinale interna di Tillaux che è limitata all'esterno dal cordone dell'arteria ombellicale e all'interno dall'uraco. Essa attraversa la parete addominale obliquamente in senso medio-laterale, si presenta all'anello inguinale sottocutaneo e sfugge da questo. In questo percorso i rapporti anatomici che essa contrae sono: in dentro il bordo laterale del muscolo retto anteriore e in basso la faccia superiore del pube e il tuber-

colo pubico, in alto il bordo inferiore dei muscoli piccolo obliquo e trasverso, in fuori la fascia trasversalis e il legamento di Henle.

Come per le altre varietà di ernie anche per questa, nella patogenesi bisogna prendere in considerazione cause occasionali e cause predisponenti. Queste ultime secondo la maggioranza degli AA. sono:

1) assenza o malformazione della fascia trasversalis;

2) anomalia del muscolo retto anteriore;

3) anomalia dei muscoli piccolo obliquo e trasverso o del loro tendine congiunto;

4) assenza del pilastro posteriore o legamento di Colles;

5) anomalie a carico dell'orificio esterno del canale inguinale.

L'ernia obliqua interna come la diretta è un'ernia di debolezza dovuta cioè ad un difetto di resistenza della parete posteriore del canale inguinale che si lascia spingere innanzi dall'intestino.

Per la diagnosi che ben difficilmente viene formulata prima dell'intervento, è necessario sapere che la tumefazione di solito non è molto grande, è posta in corrispondenza dell'anello inguinale sottocutaneo, il canale inguinale si trova pervio, il contenuto nell'ernia può essere rappresentato dall'omento o dalla vescica con le sue varietà Nel caso mio trattavasi di un cistocele extra-peritoneale o cistocele senza sacco sieroso di Duret, da distinguersi da un cistocele paraperitoneale e intraperitoneale. Non esisteva traccia di lipoma prevescicale quasi sempre presente nelle ernie della vescica e che secondo alcuni AA. farebbe da guida alla vescica trascinandola fuori della parete addominale (Jabulay e Villard). La storia del nostro paziente non parlava di cause di distensione vescicale (ipertrofia della prostata, ipertrofia del collo, restringimenti uretrali ecc.) che spesso rappresentano un fattore determinante del cistocele, si fa solo accenno a lievi disturbi a carico della minzione (pollachiuria) sopraggiunti dopo il secondo insuccesso di cura dell'ernia obliqua esterna.

Pur dovendo riconoscere in questa coesistenza di varie ernie o in questo facile seguirsi di recidive un indebolimento congenito della parete addominale, bisogna ammettere che il cistocele è stato nella sua formazione facilitato molto dalla seconda recidiva che aveva alterato tutta l'anatomia della parete posteriore e che qualche errore è stato commesso nell'esecuzione delle operazioni precedenti. E questa mia seconda asserzione viene convalidata dal fatto che dopo un anno dall'intervento il paziente non presenta alcuna recidiva e afferma che i disturbi a carico dell'urinazione sono completamente scomparsi.

Troppe recidive si attribuiscono al metodo Bassini e bene hanno fatto anche recentemente Catterina, Frattin, Stefani, ribadire i capisaldi ed enumerare gli errori più comuni nell'esecuzione dell'operazione di Bassini che rimane ancora il metodo più geniale, più efficace, più usato nella cura dell'ernia.

Nella descrizione dell'atto operatorio ho messo in evidenza due momenti della Bassini: scopertura ed incisione della fascia trasversalis, rinforzamento del triplice debole ed atrofico col margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome, che mi hanno permesso di risolvere con successo una situazione non del tutto semplice.

## RIASSUNTO.

L'A. presenta un caso di coesistenza delle tre varietà di ernia inguinale nello stesso individuo. S'intrattiene specialmente sull'obliqua interna che era formata da un diverticolo vescicale. Ne illustra l'etio-patogenesi e l'intervento.

## BIBLIOGRAFIA.

BONFANTI CAPONAGO. *Di un caso di ernia obliqua interna.* La Clinica Chirurgica, 1906.

BUCCI. *Contributo alla casistica dell'ernia inguinale obliqua interna.* La medicina italiana, 1906.

D'ESTE. *Per la storia dell'ernia obliqua interna.* Il Morgagni, 1907.

LUXARDO. *Dell'ernia inguinale obliqua interna o vescico-pubica.* La Clinica chirurgica, 1906.

MARCONI. *Due varietà rare di ernie addominali.* Ibid., 1895.

SANTUCCI A. *Contributo alla casistica dell'ernia inguinale obliqua interna.* Ibid., 1906

MANTELLI. *Contributo allo studio dell'ernia inguinale obliqua interna o vescico-pubica.* Policlinico, Sez. Chirurgica, 1910, vol. XVII.

ALESSANDRI. *L'ernia della vescica con speciale riguardo alla sua patogenesi.* Ibid., vol. VIII, 1901.

ID. *Un nuovo caso di ernia inguinale bilaterale della vescica.* Ibid., n. 2, 1905.

PUTZU. *Contributo allo studio dell'ernia della vescica.* Ibid., vol. XX, 1913.

EMILIANI P. *Cistocele inguinale strozzato.* Archivio Italiano di Urologia, vol. X, 1933.

CATTERINA A. *Gli errori più comuni nella esecuzione della operazione di Bassini.* Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, XL Congresso, Pavia, ottobre 1933.

STEFANI F. *Sulla tecnica dell'operazione radicale di Bassini per l'ernia inguinale.* Archivio Italiano di Chirurgia, vol. XXXV, fasc. 3.

FRATTIN G. *Cenni sui concetti informativi dell'operazione di Bassini.* Il Policlinico, Sez. Pratica, anno XL, n. 19, maggio 1934.

DONATI. *Chirurgia dell'addome.* U.T.E.T., Torino, 1914.

GUSSIO. *Chirurgia delle ernie. Manuale di Chirurgia* ALESSANDRI, vol. IV. Pozzi, Roma, 1933.

# SUNTI E RASSEGNE.

## SISTEMA NERVOSO.

### Piretoterapia e affezioni del sistema nervoso.

(H. ROGER. *Gazette des Hôpitaux*, 17 ott. 1934).

Numerose sono le affezioni del sistema nervoso alle quali sono state applicate le diverse terapie piretogene (infettive, chimiche, fisiche).

Nella paralisi generale oramai la malarioterapia costituisce una pratica abituale, un tentativo doveroso. I metodi adoperati per l'inoculazione sono varii (iniezione endovenosa o intramuscolare di sangue di un malarico, puntura di una zanzara infetta). Gli accidenti mortali si verificano nella proporzione del 5-10 %.

In genere bastano otto accessi febbrili, dopo di che si procede alla chininizzazione, che deve esser intensiva per evitare recidive.

Negli individui deboli, con fegato insufficiente (alcoolismo), con cuore grasso o semplicemente debole, conviene praticare la cura mitigata attenuando gli accessi febbrili con piccole dosi di chinino, o praticando la cura in due periodi (quattro accessi nel primo periodo, chininizzazione intensa, nuove inoculazioni dopo quattro o cinque settimane, e dopo altri quattro accessi di febbre, chininizzazione definitiva).

Dopo un certo periodo di riposo necessario per il ristabilimento dell'organismo indebolito dalla malaria si praticano cure arsenicali a serie con 21 grammi di neosalvarsan.

In certi casi è stata tentata una nuova malarizzazione.

Nei casi favorevoli gli effetti della malarioterapia sull'organismo sono di due specie. La nuova infezione attenua o fa scomparire i segni proprî della paralisi progressiva, oppure, molto raramente, fa comparire sintomi nuovi differenti dalla serie paralitica.

Più di tutto è influenzata la sindrome somatica; di solito dopo due o tre mesi dal periodo febbrile si ha un aumento di peso di 6-8 kgr. In qualche caso dopo due o tre anni si ha la comparsa strana di lesioni a tipo terziario che reagiscono al trattamento specifico (gomme cutaneo-mucose, periostiti, iriti, ecc.).

La sindrome psichica è modificata sopra tutto nei suoi stati di eccitazione, nelle sue crisi deliranti, più tardi e spesso in minor grado nel suo fondo demenziale (ricupero parziale della memoria, dell'autocritica, della volontà, ed in qualche caso reintegrazione perfetta dell'intelligenza). In opposizione a queste modificazioni favorevoli talvolta, parecchi anni dopo la cura, si stabiliscono forme psicotiche a tipo non paralitico: paranoia allucinatoria ad inizio ipocondriaco, psicosi catatonica con stupore, mutismo, negativismo.

Nella sindrome neurologica gli elementi più curabili sono la disartria e la disgrafia. Eccezionalmente compare l'epilessia con tendenza cronicizzante.

La sindrome umorale resta più a lungo ribelle. Tuttavia dopo qualche mese si può constatare nel liquido cefalo-rachidiano la diminuzione o la scomparsa dell'ipercitosi e dell'iperalbuminosi e, più di rado, anche della reazione di Wassermann.

Se i favorevoli effetti psiconeuroumorali immediati si spiegano con l'azione dello shock piretico scatenato dall'infezione provocata, le sindromi postmalariche tardive (epilessia, psicosi paranoidoallucinatoria e catatonica) sono dovute ad altre cause non chiare.

Le complicazioni nervose tardive della malarioterapia dipendono da una lenta trasformazione della sindrome anatomica della paralisi progressiva: il processo quaternario (o metaluetico) della meningoencefalite paralitica, a tipo parenchimatoso diffuso, è sostituito da lesioni di sifilide cerebrale a tipo terziario, costituita da focolai localizzati intorno ad un vaso alterato.

È difficile stabilire il bilancio preciso dei risultati in ragione della molteplicità delle statistiche, delle varie classificazioni nosografiche, dei varî metodi d'inoculazione della malaria.

Le remissioni complete si hanno in media nel 25 % dei casi trattati. Eccezionali, ma veramente impressionanti, sono i casi d'intellettuali capaci di riprendere come per l'innanzi la direzione di affari importanti. Molto più frequenti sono i paralitici, che pur ritornando in grado di provvedere ai proprî bisogni e a quelli della famiglia, rimangono situati in uno scalino sociale leggermente inferiore a quello occupato prima. I risultati spesso diventano definitivi dopo qualche anno.

Le remissioni incomplete, che costituiscono il 25-30 % dei casi trattati, sono caratterizzate dalla scomparsa delle crisi acute e dal prolungamento della durata media della vita dei paralitici. Ma un gran numero di questi infermi pur ritornando in grado di attendere ad un lavoro inferiore, rimangono sempre un peso per le famiglie o per gli istituti di ricovero.

I risultati clinici e sociali variano secondo le forme della malattia (le forme espansive e recenti sono meglio influenzate), secondo i tipi etiologici (carattere più ribelle delle paralisi giovanili, ricupero sociale migliore negli operai manuali che negli intellettuali), secondo lo stato generale del malato (controindicazioni derivanti dallo stato cachettico, dall'ipotensione, dalla tubercolosi pulmonare, da tare epatiche, cardiache o renali).

Gli altri metodi di piretoterapia infettiva (inoculazione di tifo, febbre ricorrente, ecc.) non sono praticamente applicabili in relazione al fatto che non si può controllare l'infezione inoculata come si fa con la malaria mediante il chinino.

Nè si sono ottenuti risultati paragonabili a quelli vantati con la malarioterapia, dall'uso di altri metodi piretogeni, da vaccini (tifo, tubercolina, ecc.), da sostanze chimiche (nucleinato di soda, latte sterilizzato, solfo, ecc.), da mezzi fisici (onde corte).

Nella tabe la piretoterapia non si dimostra egualmente efficace. tuttavia sono stati registrati casi nei quali sono scomparsi i dolori folgoranti, le crisi gastriche, ed altri nei quali l'atrofia ottica ha subìto un arresto.

Negli individui, nei quali dopo qualche anno la comparsa dell'ulcera, presentano ancora nel liquor ipercitosi, iperalbuminosi e reazione di Wassermann positiva, la malarioterapia sterilizzando il liquor ha una reale efficacia per la prevenzione della sifilide nervosa.

Tentata in altre malattie nervose la piretoterapia non ha dato risultati incoraggianti. L'epilessia rimane immutata. Le sindromi parkinsoniane, le contratture emiplegiche, la sclerosi a placche, le polineuriti sarebbero state talvolta leggermente influenzate.

Malgrado tutti gli sforzi della Scuola italiana che ha largamente applicata la piretoterapia alla demenza precoce, i risultati rimangono precarî e difficili a distinguere dalle remissioni spontanee. Il vaccino antitifico e l'olio solforato avrebbero dato qualche vantaggio nelle forme iniziali, nei giovani, negli stati demenziali appena accennati, nelle forme catatoniche.

Nella psicosi maniaco-depressa gli stati di eccitazione sarebbero influenzati meglio di quelli depressivi.

In conclusione la piretoterapia agisce meglio sulle sindromi di eccitazione che su quelle deficitarie; più sulle fasi acute della malattia che nello stato cronico.

Può essere consigliata nelle crisi acute dolorose dei tabetici, nell'atrofia ottica, nelle polineuriti, in qualche contrattura emiplegica.

Deve essere tentata, sotto forma di olio solforato o di vaccino malgrado l'incostanza dei risultati, nelle forme iniziali della demenza precoce.

Ma trova la sua principale indicazione nella paralisi generale. La malarizzazione provoca in questo caso successi insperati, e in un maggior numero di casi remissioni importanti.

DR.

## Tentativo di cura dell'epilessia con le soluzioni ipertoniche.

(G. VILLEY-DESMESERET. *Paris médical*, 1934, n. 31).

L'A. è partito sia dalle osservazioni del Desruelles e Chiarli, che degli americani Mac Quarry, Temple Fay-Gamble, sia dall'utile risultato della puntura lombare negli stati di male epilettico. Sta di fatto che le soluzioni ipertoniche già in mano di altri, in infermi in stato di male o in epilettici con crisi subentranti, hanno dato buoni risultati: d'altra parte risulta che regimi alimentari con scarsi liquidi hanno influenzato utilmente la malattia in oggetto.

Le soluzioni utilizzate sono state le seguenti:

Cloruro di sodio 2 gr.; acqua dist. e sterile 20 cc., per iniez. intrav.

Bromuro di sodio gr. 2, cloruro di sodio gr. 1, acqua dist. e ster. 20 cc., per iniez. intrav.

Solfato di magnesio 15 gr. Per un pacchetto da diluire in 150 cc. di acqua bollita per instillazione rettale.

Nei casi dell'A. le due soluzioni per intravenose sono state successivamente adoperate. Le iniezioni sono state fatte tre per settimana. Sono stati curati tre malati. In uno si trattava di epilessia a crisi frequentissime; il trattamento fu eseguito per un anno: il miglioramento è stato progressivo ed indubbio in quanto le crisi sono scese da 130 al mese a 3-4.

Miglioramento notevole si ebbe anche negli altri due casi.

Sarebbe interessante lo studio, in malati del genere, del metabolismo acquoso, tenendo conto dei liquidi ingeriti ed escreti.

MONTELEONE.

## L'anestesia isolata del ganglio stellato. Tecnica, indicazioni, risultati.

(R. LERICHE e R. FONTAINE. *La Presse Médicale*, n. 41, 23, V, 1934).

Gli AA. hanno praticato più di 200 anestesie isolate del ganglio stellato sia a scopo diagnostico che curativo.

Tecnica: soggetto in decubito orizzontale con testa deviata dal lato opposto; con un ago sottile lungo circa 10 cent.; si punge in corrispondenza del punto medio della clavicola, rasente al suo margine superiore; si spinge l'ago fino a toccare il processo trasverso della 7ª V. cervicale poi si fa compiere al padiglione dell'ago un doppio movimento, uno di elevazione in modo che la punta scivoli in basso per l'altezza di una vertebra, e uno in fuori di 30°: a questo punto si arriva sul ganglio stellato e si iniettano 10 cc. di una soluzione di novocaina all'1 %. Subito dopo si ha una sindrome di Bernard-Horner e una vasodilatazione di tutta l'emifaccia e della mano dello stesso lato.

Gli incidenti possono essere: 1) puntura dell'arteria succlavia e vertebrale; 2) infissione dell'ago nel foro di coniugazione laterale e puntura del cul di sacco durale; 3) ferite del polmone enfisematoso.

L'anestesia del ganglio stellato può essere fatta a scopo diagnostico o curativo.

A scopo diagnostico, per fissare la natura simpatica di una determinata sindrome; nei casi di angina di petto e di asma bronchiale quando l'anestesia influenza nettamente le cri-

si allora si hanno le indicazioni di una stellectomia.

L'anestesia a scopo curativo si può fare nelle sindromi viscerali evolventi per crisi. Gli AA. riportano due storie cliniche di soggetti affetti uno da asma bronchiale ribelle, l'altro da miocardite con angina di petto in cui l'anestesia del ganglio stellato migliorò molto le crisi.

Nei monconi dolorosi degli arti si hanno dei buoni risultati infiltrando anche per via posteriore, il 2° ganglio toracico.

M. PLASTINA.

## ORGANI DIGERENTI.

### Il metodo di Bazzano nella cura dell'ulcera gastro-duodenale.

(F. FERNÁNDEZ. *Archives Maladies Appareil Digestif et Nutrition*, ottobre 1934).

Al Congresso di Medicina Interna tenutosi a Roma nel 1933 Bazzano espose il suo metodo di cura dell'ulcera gastro-duodenale mediante il benzoato di soda. Successivamente hanno pubblicato lavori sull'argomento Parenti, Cecchini, Guelmi, Pozzi e Sforza.

L'A. ha praticato il metodo in nove pazienti di ulcera gastro-duodenale ricoverati nella Clinica Medica dell'Ospedale San Lazzaro di Granata (Spagna).

Dopo le indagini opportune per accertare la diagnosi, che risultò sicura in tutti e nove i casi, s'iniziò la cura con iniezioni endovenose quotidiane di due cmc. di soluzione acquosa di benzoato di soda al 25 %.

Contemporaneamente gli ammalati erano tenuti in assoluto riposo e ad un regime alimentare adatto: nei primi giorni di dieta lattea assoluta, e successivamente riso al latte, uova cotte, merluzzo bollito, patate, carne, con qualche crosta di pane, banane.

Dopo 25-30 iniezioni la cura fu sospesa e quindi ripresa: alcuni malati ebbero due o tre serie di iniezioni.

All'infuori di una leggera ipotensione al momento della penetrazione del medicamento nel sangue, non si constatarono incidenti durante la cura. L'unico inconveniente è costituito dal fatto che con il ripetersi delle iniezioni si produce una sclerosi della vena che talvolta rende difficile la continuazione della cura.

Rapidamente scompaiono il dolore, i vomiti, la sensibilità epigastrica. Qualche volta persiste il senso di pirosi che consiglia a somministrare un po' di alcalini.

Contemporaneamente scompare il sangue dalle feci, il peso aumenta, lo stato generale migliora e spessissimo si attenuano o scompaiono i segni radiologici (nicchie, spasmi o contrazioni).

L'acidità si abbassa, ma può pure aumentare anche nei casi nei quali il miglioramento dell'infermo è sensibile.

Tuttavia l'A. non si mostra gran che entusiasta del metodo. Egli attribuisce i successi constatati più che al benzoato di soda al severo regime alimentare osservato durante la cura. Egli avrebbe in effetti constatato che basta un piccolo scarto dietetico per fare ricomparire i disturbi provocati dall'ulcera.

Secondo la sua opinione il benzoato di soda è un buon trattamento d'attacco dell'ulcera gastro-duodenale. È analogo alla paratiroidina, all'ipofisina, alla pepsina, al vaccino antialfa ed altri prodotti che si sono sperimentati in questi ultimi tempi contro i processi ulcerativi dello stomaco.

Il benzoato di soda serve a trionfare rapidamente del periodo acuto. Consente di arrivare rapidamente ad una alimentazione variata. Ma non guarirebbe l'ulcera, la quale non cederebbe che ad un regime alimentare prolungato ed ai medicamenti modificanti lo stato secretorio della mucosa e per i quali rimangono insostituibili il bismuto, gli alcalini e la belladonna o l'atropina.

DR.

### Il trattamento del cancro del colon destro.

(J. GOSSET. *Journ. d. chir.*, t. 43, n. 1, 1934).

L'A. comincia col contestare la pretesa benignità del cancro del colon destro rispetto a quello sinistro. Per un trattamento corretto è necessaria l'emicolectomia perchè solo in tal modo è possibile l'asportazione larga dell'arcata ganglionare paracolica. Specialmente pei tumori dell'angolo è necessaria la resezione fino a metà del trasverso. L'invasione gangliare si osserva nel 40 % dei casi. È necessaria perciò una larga exeresi colo-mesocolica la quale importa estesi scollamenti con facilità d'infezione degli spazi cellulari dato che si lavora in tessuti infetti. Altra causa di gravità è lo stato generale alquanto precario dei malati in rapporto ad uno stato di ostruzione cronica. Su 50 casi della clinica del prof. Gosset tale stato fu riscontrato 13 volte, mentre in 5 casi si trattava di occlusione acuta. La mortalità negli interventi radicali varia dal 26 al 31 % secondo le varie statistiche.

Un insieme di precauzioni preoperatorie ed operatorie è necessario per migliorare i risultati. Le precauzioni preoperatorie riguardano il regime, la preparazione antinfettiva, l'anestesia. È preferibile di gran lunga l'anestesia loco-regionale e un regime ricco di carboidrati. Molto utili le piccole trasfusioni sanguigne e la vaccinazione.

La vaccinazione per via intraperitoneale, usata in America, ha fatto scendere la mortalità dal 22 % al 6 %; in Francia è usata la vaccinazione per via orale (batteriofago o lisatovaccino). Son da evitare le purghe energiche.

Per la scelta del metodo operatorio bisogna distinguere i casi non complicati da quelli complicati da ascesso o da occlusione conclamata. In questi casi bisogna limitarsi a fare

lo stretto necessario: l'incisione dell'ascesso o la semplice derivazione per mezzo di un ano cecale. Quando il tumore ha sede all'origine del colon è preferibile un ano ileale alla ileocolostomia la quale nella fase d'occlusione facilmente espone alla peritonite.

Per i casi non complicati il metodo di scelta è attualmente, secondo molti AA., l'emicolectomia in un tempo con ileo-trasverso-stomia. La mortalità è però abbastanza alta. L'A. stima che per migliorare i risultati è molto utile l'intervento in due tempi. In un primo tempo viene assicurata la derivazione interna mediante una ileo-trasversostomia con esclusione unilaterale e in un secondo tempo si procede all'emicolectomia.

L'A. discute i vantaggi di questo metodo: evacuazione facile dell'intestino, soppressione del contatto del tumore ulcerato con le materie fecali e quindi cessazione di assorbimenti tossici, diminuzione delle reazioni flogistiche perineoplastiche. L'importanza del reflusso è trascurabile di fronte ai vantaggi suddetti; lo sviluppo del tumore nei casi dell'A., non è mai stato così considerevole da rendere fra il 1° e 2° tempo (15 giorni in media) inoperabile un tumore che si era dimostrato operabile nel 1° tempo.

Per quanto riguarda la tecnica, nel 1° tempo — con laparatomia mediana dopo un'accurata esplorazione, se il caso è operabile — l'A. seziona il tenue a 15 cm. circa dal suo sbocco nel colon, chiude il capo periferico e pratica col capo centrale una ileo-trasversostomia termino-laterale scegliendo sul colon un punto adatto in rapporto alla futura resezione. Nel 2° tempo, con laparatomia paramediana destra, l'A. pratica la resezione cominciando la mobilizzazione dall'angolo destro e procedendo dall'alto al basso. Praticata la resezione si peritoneizza quanto più è possibile la zona di scollamento drenando dove non è possibile peritoneizzare: 26 casi su 50 sono stati operati nella Clinica di Gosset: 2 morti operatorie; 4 perduti di vista; 4 morti per recidiva; 1 morto con recidiva; 1 morto senza recidiva e 14 viventi di cui 3 da meno di un anno, 3 da più di un anno, 8 da 3 a 15 anni. G. PACETTO.

### Plastica anale dopo fallita operazione di Whitehead.

(FISCHER. *Zentralblatt f. Chirurgie*, 1934, n. 3).

Le cause degli insuccessi nelle operazioni di Whitehead per emorroidi, osserva l'A., sono da riferirsi a due fattori: *a*) diastasi dei margini della sutura tra pelle e mucosa e struttura cicatriziale: *b*) asportazione di una sezione troppo grande del canale anale. Si ha perciò mancanza delle terminazioni nervose e disturbo del riflesso anale. Inoltre l'asportazione della pelle del canale anale porta ad un prolasso della mucosa, che si accentua sempre più col passaggio delle feci. Si può perciò avere stenosi od insufficienza dello sfintere; può formarsi un eczema, o può verificarsi un'emorragia ed in alcuni casi una chiusura a valvole prodotta da mucosa prolassata.

Quest'ultima forma è stata osservata recentemente dall'A., poichè la mucosa, spinta in fuori con le defecazioni, si presentava gonfia, edematosa, sanguinante, e chiudeva il canale anale, con disposizione a valvola, tanto da rendere tormentosa la defecazione. In tali condizioni era da sperare poco dalle cauterizzazioni secondo Langenbeck.

Perciò Fischer ha praticato un'operazione plastica, consistente nella estirpazione della mucosa su una parte del canale anale e poi nella deposizione di un lembo di pelle in forma di arco, con peduncolo preso dal lato, posto nella parte mancante. Per evitare suture, che disturbano il margine esterno del canale anale, si prepara un lembo plastico per mezzo di un piccolo lobulo, ed essi vengono giustapposti l'uno all'altro con una torsione. Le operazioni nelle due metà del canale anale vanno compiute in due tempi. JURA.

## RENI E VIE URINARIE.

### I diuretici e il loro meccanismo d'azione.

(PR. MERKLEN e A. JACOB. *Revue de Médecine*, luglio 1934).

La diuresi dipende essenzialmente da quattro fattori:

1) fattore umorale, cioè la composizione del liquido di apporto, il sangue;
2) fattore circolatorio;
3) fattore renale;
4) fattore ormonale.

Partendo da queste nozioni generali gli AA. distinguono i diuretici a seconda del loro meccanismo di azione in quattro gruppi:

1) *Sostanze agenti sulla composizione del sangue.*

L'ingestione d'acqua rientra in questa categoria in quanto provoca un aumento dell'idremia.

L'ingestione di soluzioni ipertoniche agisce determinando l'aumento della pressione osmotica del sangue. Alcuni sali (p. es. il cloruro di calcio) e alcuni estratti glandolari (ipofisario, tiroideo) determinano il passaggio dei sali dai tessuti nel sangue (diuretici interstiziali).

Anche il salasso agisce come un diuretico interstiziale in quanto richiama acqua dai tessuti nel sangue.

2) *Sostanze agenti sul fattore circolatorio.*

Il prototipo dei diuretici di questo genere è la digitale. Essa rallenta la diastole permetten-

do un aumento dell'impulso cardiaco che porta ad aumento di pressione. Inoltre determina una vasodilatazione renale e una vasocostrizione dei vasi intestinali con derivazione verso i reni.

Anche la teobromina che ricorderemo meglio fra i diuretici renali, entra in questo gruppo per l'azione cardiotonica e vasodilatatrice renale.

3) *Diuretici renali propriamente detti.*

*a*) Gruppo delle purine. La teobromina sola o associata all'acido salicilico (diuretina) aumenta notevolmente l'eliminazine dell'acqua e del cloruro di sodio.

*b*) Gruppo del mercurio. Queste sostanze agiscono irritando la cellula renale. Si tratta di una azione tossica, che a dosi forti può portare ad una vera necrosi, come nell'intossicazione mercuriale. L'azione cloro-idrodiuretica si accompagna spesso ad una diminuzione dell'escrezione ureica. I sali più noti usati sono il cianuro di mercurio, il neptal e il novasurol.

*c*) L'urea, molto meno tossica di quello che non si credeva, produce a forti dosi un aumento della diuresi acquosa.

*d*) L'atophan agisce specificamente abbassando la soglia dell'acido urico.

*e*) Il lattosio e il saccarosio più che il glucosio aumentano la diuresi acquosa. Sono controindicati nei nefropatici gravi.

Infine gli AA. dedicano l'ultima parte del loro studio ad un'altra categoria di diuretici:

4) *Gli ormoni diuretici.*

*a*) Ormone postipofisario. Agendo sulla cellula renale, diminuisce la secrezione acquosa. Contemporaneamente però spostando il cloruro di sodio dei tessuti ed abbassando la sua soglia di eliminazione agisce come diuretico interstiziale e renale.

*b*) Ormone intestinale. Ancora non da tutti ammesso è stato dimostrato confrontando gli effetti dell'assorbimento d'acqua per via digestiva (seguita sempre da una diuresi equivalente) con quelli dell'iniezione di un'eguale quantità d'acqua (che non è seguita da alcun effetto diuretico). Recentemente è stato preparato un estratto di mucosa intestinale, che sembra avere realmente un'azione diuretica.

*c*) Ormone tiroideo. Agisce con un meccanismo simile a quello della pituitrina: prima azione interstiziale, poi azione renale.

E. CARLINFANTI.

## Sulla terapia della calcolosi ureterale.

(W. BRANDESKY. *Muench. Med. Wochenschr.*, 26 ott. 1934).

Secondo l'A., varie sono le modalità colle quali si presenta la calcolosi ureterale; a seconda della modalità saranno regolati i procedimenti terapeutici. Inoltre caso per caso si vaglierà l'opportunità della terapia conservativa o chirurgica.

Un primo gruppo viene rappresentato da casi nei quali esiste solo il calcolo ureterale senza fenomeni di stasi; la condotta curativa non ha allora per iscopo che la rimozione del calcolo; lo stesso dicasi per l'eventualità di un calcolo che ha provocato una stasi di media intensità: questa può essere sopportata dal rene per un certo tempo senza che insorgano lesioni definitive. Quando però la stasi ha portato a lesioni glomerurali o esiste un calcolo occludente, il trattamento curativo deve anzitutto promuovere il deflusso urinario. Fra i mezzi della terapia conservativa diretta a rimuovere il calcolo l'A. al primo posto pone il cateterismo ureterale con permanenza del catetere per 24 ore: a questo può essere associata la somministrazione dell'ipofisina per favorire la peristaltica ureterale; va però notato, che in casi di ipertonia della muscolatura ureterica che si estrinseca colla sindrome di coliche frequenti senza progressione del calcolo, l'applicazione dell'ipofisina sarà più dannosa che utile specie se coesiste la stasi. In tali contingenze si ricorra piuttosto agli antispastici del tipo della papaverina; il mezzo sovrano viene rappresentato dalla anestesia paravertebrale, eseguita all'altezza della II e III lombare; l'esclusione dei fasci simpatici determinerà un'atonia locale con rilasciamento dell'uretere. L'indicazione dell'ipofisina rimane solo per i casi di atonia ureterale, casi cioè nei quali le coliche sono rare, poco intense e corrispondono alla reale progressione del calcolo; tale atonia che difficilmente può essere primitiva si stabilisce di solito dopo una lunga permanenza di un calcolo voluminoso oppure in seguito a pregresse infezioni (v. Lichtenberg). In quest'ultimo caso la terapia conservativa si dimostra poco efficace. Si noti ancora che la calcolosi ureterale senza stasi costituisce l'appannaggio dell'uretere con atonia, la quale può essere riconosciuta anche da normale pielogramma di secrezione.

Come mezzi coadiuvanti in ogni tentativo di rimozione conservativa del calcolo vanno ricordate le irrigazioni intestinali, la somministrazione di glicerina in alte dosi (200 cc. pro die), le cure idriche.

Nel caso di stati l'A. raccomanda gli stessi metodi antispastici (papaverina, anestesia paravertebrale) specie quando non è realizzabile il cateterismo. L'anestesia paravertebrale si è dimostrata efficace anche nell'anuria riflessa del rene; nei casi del genere tale anestesia viene estesa anche alla undicesima e dodicesima dorsali; ad essa può essere associato il cateterismo ureterale a cui frequentemente segue il ristabilimento della diuresi; il funzionamento del rene ritorna al normale (controllato con radiogrammi di secrezione) dopo 48-72 ore. L'A. cita due casi di blocco completo del rene durato 14 giorni in cui il successo del trattamento fu com-

pleto; bastarono altre 2 settimane perchè il rene funzionasse di nuovo regolarmente. Anche la anuria riflessa di ambedue i reni è passibile di tale trattamento (vengono anestetizzati i due reni e l'uretere calcoloso); su 8 casi dell'A. soccombettero solo due presentatisi già in stato pre-agonico; gli altri sei guarirono perfettamente.

L'insorgenza di pielite da stasi non sempre deve guidare all'intervento chirurgico; spesso è sufficiente la stessa infezione perchè si stabilisca l'atonia che porta al deflusso urinario; il cateterismo e tanto più i lavaggi del bacinetto sono controindicati.

Un'altra complicazione è rappresentata dall'ematuria; questa però non raggiunge mai gradi notevoli e scompare col riposo.

Non mancano però dei casi nei quali l'unica risorsa terapeutica è rappresentata dall'intervento operatorio; l'indicazione a questo viene costituita da: *a*) calcoli molto voluminosi con uretere atonico; *b*) calcoli con tendenza manifesta all'accrescimento nel seno di uretere atonico; *c*) calcoli occludenti, quando ha fallito la terapia conservativa; *d*) la pielite cronica o recidivante condizionata dalla esistenza del calcolo e finalmente: *e*) la sepsi dovuta ad una pielite calcolosa costituisce l'unica indicazione urgente all'intervento cruento.

A parte le operazioni palliative rappresentate dalla pielo o nefrostomia, quando una lesione renale e la mancata localizzazione del calcolo costringono a questo genere di intervento, il metodo di scelta è rappresentato dalla ureterolitotomia; l'A. descrive la tecnica di questa; una localizzazione precisa ne costituisce la premessa necessaria, inquantochè le modalità operatorie sono diverse e tipiche per ogni segmento dell'uretere. S. Minz.

## Contributo clinico-sperimentale allo studio delle alterazioni renali della brucellosi.

(G. Bucco. *La Riforma Medica*, 29 sett. 1934).

Per quanto il germe della febbre ondulante si elimini in quantità notevole con le orine, pur tuttavia è oltremodo rara la localizzazione renale di detta malattia.

Interessante è perciò il caso clinico riferito dall'A. Un ragazzo di 12 anni ammalò con febbre elevata a tipo remittente; l'esame obiettivo non fece rilevare nulla di notevole ad eccezione di un tumore di milza molle. Negativa la ricerca del parassita malarico. Dopo qualche giorno le orine si fecero scarse e di colore bruno: l'analisi mise in evidenza albumina abbondante e nel sedimento molte emazie, rari cilindri granulosi, rari epiteli renali. Fu praticata una emocultura che permise di isolare un germe, identificato nel gruppo dei ceppi di melitense. La agglutinazione con i sieri test. di melitense, paramelitense e abortus, riuscì positiva. Date le condizioni renali non si fece cura di vaccino, nè si assoggettò il p. a chemioterapia, ma si decise di ricorrere alla immuno-trasfusione che dette risultati ottimi.

Trattavasi dunque di una evidente malattia di brucella con localizzazione renale rappresentata da una glomerulo-nefrite, manifestatasi in modo primitivo nella sintomatologia.

Allo scopo di rilevare se il ceppo isolato con la emocultura avesse insita in sè la proprietà di determinare elettivamente la particolare lesione renale, l'A. fece delle ricerche sperimentali. Iniettò per via endovenosa a due conigli ¼ di cc. di una emulsione del ceppo isolato e. sacrificati gli animali dopo quattro giorni, riscontrò quadri anatomo-patologici e istopatologici di glomerulo-nefrite. Risultò così chiaro che il ceppo di brucella isolato dal malato studiato, aveva per cause ignote acquistato un nefrotropismo.

Con una seconda serie di esperienze l'A. cercò se era possibile, col passaggio in serie, togliere al ceppo la particolare proprietà acquistata. Ma il tentativo fallì completamente.

Vicentini.

## Risultati lontani della nefropessia col metodo della sutura della fascia.

(Kleiter. *Journ. di Chir.*, t. 43, n. 4, 1934).

Le comuni operazioni per ptosi renale danno in media il 50-60 % di recidive.

Il metodo dell'A. si basa sul principio di creare al rene dopo la riposizione in posizione normale un sostegno dal basso come nelle condizioni anatomiche normali.

Il principale mezzo anatomico di fissazione del rene nella sua posizione normale è, secondo gli anatomici contemporanei la fascia renale la quale è una lamina di tessuto connettivo, situato tra la fascia transversalis e il peritoneo, che sul bordo esterno del rene si sdoppia per avvolgere il rene. La fusione dei due foglietti di sdoppiamento di questa fascia è meno solida in corrispondenza del polo inferiore e rende perciò possibile l'abbassamento del rene. Il metodo di nefropessia elaborato dall'A. consiste appunto nel chiudere questo sacco fasciale, al di sotto del rene riposto nella sua posizione normale, con una serie di punti di sutura.

In certi casi di assottigliamento eccessivo della fascia conviene comprendere nei punti di sutura insieme al foglietto anteriore della fascia anche il peritoneo e il muscolo psoas. Per ottenere una più solida fissazione è consigliabile anche decapsulare il rene.

Di 40 casi operati in 10 anni ne sono stati riveduti 18 in cui l'intervento datava da 2 a 7 anni. In tutti 18 i risultati sono stati eccellenti come dimostrano l'assenza di disturbi negli operati e le pielografie comparative in posizione eretta.

G. Pacetto.

# DIVAGAZIONI

## Come e perchè s'invecchia.

I problemi dell'invecchiamento e della morte hanno affaticato la mente di pensatori e di biologi che cercano, forse invano, di penetrarne l'essenza. In un'ampia rivista, M. Bürger (*Medizinische Welt*, 15 sett. 1394) considera le vedute odierne sull'invecchiamento, riconoscendo che, in complesso, due sono le principali teorie che si contendono ora il campo.

*Secondo la prima*, il processo d'invecchiamento colpisce principalmente un organo od un sistema, da cui deriva secondariamente lo invecchiamento degli altri organi e dell'intero organismo. Una delle formule più note di questa teoria è che « l'uomo ha l'età dei suoi vasi ». Essa riconosce, quindi, che l'uomo invecchia anzitutto nel suo sistema vascolare. Ne risulta una sempre decrescente irrorazione di sangue agli organi, specialmente vitali, che soggiacciono pertanto all'involuzione funzionale ed anatomica, portando come ultima conseguenza la morte di tutto l'organismo.

Altri considerano come dominante l'invecchiamento del sistema nervoso. Mühlmann rileva l'aumento della deposizione di pigmento nelle cellule gangliari del cervello e del midollo, che si vengono così caricando di scorie e gradatamente vanno perdendo le funzioni. Gli impulsi nervosi — ivi compresi anche quelli trofici — afferenti ed efferenti ai vari organi diventano sempre più deboli e ne risultano i fenomeni dell'involuzione senile.

Più diffusa è l'opinione che l'involuzione primaria delle ghiandole germinali porti con sè il processo di invecchiamento di tutto l'organismo. Da ciò i tentativi di ringiovanimento (Steinach) con la sostituzione delle ghiandole germinali o la somministrazione dei loro ormoni.

Contrapposta a questa è la *seconda teoria*, secondo cui i singoli organi invecchiano simultaneamente ed armonicamente, seguendo una legge uguale per tutto l'organismo secondo la costituzione individuale e la specie a cui l'organismo stesso appartiene. In realtà, si osserva che impera una legge simile per il contemporaneo invecchiamento dei diversi tessuti. Non si può, per altro, disconoscere che ogni organo invecchia a modo proprio e che i processi d'invecchiamento in un tessuto inducono, in certo modo, l'invecchiamento degli altri.

Per quanto riguarda i tentativi di ringiovanimento, Bürger osserva che nel considerare i risultati ottenuti, non si è tenuto abbastanza conto della differenza fra « erotizzazione » e ringiovanimento Non si è finora dimostrato che le modificazioni di struttura del nostro organismo possano procedere in senso contrario. Nel migliore dei casi, si tratta di un'attivazione del protoplasma del tessuto germinativo.

Si può obbiettare che, in particolari condizioni di malattia, si ha alle volte un invecchiamento precoce eterocronico. Ma tali fatti non appartengono più al dominio della fisiologia bensì a quello della patologia. A tale invecchiamento, si può opporre una terapia di sostituzione mediante la somministrazione di ormoni sessuali. Ma l'eventuale successo non può dimostrare che il processo fisiologico dell'invecchiamento sia reversibile. L'invecchiamento fisiologico dell'organismo costituisce un processo armonico, in cui le singole parti del corpo invecchiano insieme seguendo una legge determinata e secondo la specie e la costituzione del singolo individuo.

Il fatto assodato dalla vecchia esperienza che alcune date malattie si verificano praticamente soltanto ad una data età e che la stessa malattia ha un diverso decorso secondo le diverse età dello stesso individuo costituisce un processo del tutto dissimile dall'invecchiamento fisiologico. Certamente, la questione si presenta degna di studio e piena d'interessanti problemi.

La possibilità di un efficace ringiovanimento ammetterebbe la reversibilità di modificazioni chimiche caratterizzanti l'invecchiamento e che sono, invece, sicuramente irreversibili.

Ben più degno tema di studio, che correr dietro alla vana chimera di un ringiovanimento del singolo individuo invecchiato, è il diffondere la nozione dell'irreversibilità dell'invecchiamento individuale ed opporsi invece all'invecchiamento che minaccia attualmente i popoli (Bürger parla solo del popolo tedesco) per la diminuzione delle nascite.

Le ricerche dinamiche sulla vecchiaia, dovranno, nel futuro, essere impostate sulla delimitazione della capacità di prestazione di ogni età in modo da contribuire alla costruzione dell'economia del lavoro nel complesso della forza del popolo.

*fil.*

# CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

EGAS MONIZ. *L'angiographie cérébrale.* Vol. di pagine 328 e con 192 figure. Masson, editore, 1934. Fr. 90.

Tre anni fa lo stesso A. pubblicava un bel libro sull'arteriografia cerebrale: il nuovo libro e il nuovo titolo mostrano quanto cammino sia stato percorso e come metodi nuovi vi siano aggiunti in questi ultimi anni. Specialmente lo studio delle arterie cerebrali col Thorotrast ha permesso nuovi studi sulla circolazione cerebrale poichè il Thorotrast non si scioglie nel sangue e scorre col sangue nei capillari e permette anche di raccogliere dei flebogrammi. L'A. a distanza di qualche giorno pratica sempre l'iniezione nella carotide primitiva bilateralmente. L'A. descrive l'arteriogramma e il flebogramma normale. Il primo radiogramma si ottiene facendo passare la corrente quando si è spinto nell'arteria 12 cc. di Th; si continua a iniettare fino a 16-17 cc. e si prende la II radiografia (flebogramma) dopo 4-4,5 secondi: se non si è riusciti ad ottenere l'immagine del seno retto e del longitudinale inferiore ci si correggerà nel tempo quando si praticherà la seconda iniezione nell'opposto lato. Un capitolo a parte è dedicato dall'A. alla arteriografia e alla flebografia della fossa posteriore. Un capitolo sullo studio della circolazione arteriosa e venosa della carotide esterna; uno sulla velocità di circolazione del sangue e sulla rapidità della circolazione arterovenosa nel cervello (3 secondi circa); uno sulla importanza delle angiografie in serie.

I due terzi del libro sono dedicati; 1) alla diagnosi dei tumori cerebrali mediante l'angiografia cerebrale: numerose sono le osservazioni riportate sia di casi di tumori che avevano la loro sede in vicinanza del sifone carotideo, sia di tumori che spostavano le arterie cerebrali; 2) alla diagnosi degli aneurismi cerebrali, degli ascessi, degli angiomi; 3) allo studio della circolazione cerebrale negli idrocefali congeniti.

Una bibliografia generale sui lavori pubblicati sull'argomento chiude il nuovo libro di Moniz.

E. MILANI.

MOREL-KAHN. *L'année électro-radiologique.* Masson, ed., 1934. Frs. 40.

Morel-Kahn con la collaborazione di altri colleghi pubblica per la prima volta questa annata elettroradiologica che si promette di continuare negli anni successivi. È una rapida visione di tutte le cose più importanti (e naturalmente specialmente francesi) pubblicate durante il 1934 nel campo della radiodiagnostica, della radioterapia generale; nella elettrologia o nei vari Congressi.

Lo studio della mammella muliebre ha avuto molto sviluppo durante il 1934. L'osteosi paratiroidea è stata studiata da Lièvre che ha pubblicato un bel libro sull'argomento. Oggetto di studio sono stati i meningiomi, i lobi accessori del polmone ecc.

La chimografia ha avuto largo sviluppo in Francia ma l'A. non ricorda neppure i lavori del Cignolini che col suo nuovo metodo ha messo la chimografia in una nuova fase di lavoro e di risultati.

Morel Kahn ricorda i lavori francesi sul cancro gastrico, sull'encefalografia: sulla radioterapia del linfogranuloma ;i lavori di Coutard sulla terapia frazionata e protratta ecc. e i lavori più importanti usciti nell'annata nel campo elettrologico (cronassia, onde corte, ionizzazione all'istamina ecc.).

E. MILANI.

G. JEANNENEY e M. ROSSET. *Formulaire Gynécologique du praticien.* IIª ediz. Ed. G. Doin e C., Parigi, 1934, pp. 220. Fr. 30.

Modesto, chiaro, completo nella sua sinteticità, questo prontuario ginecologico richiama per ogni malattia i segni fondamentali anamnestici e direttivi, segnala la cura generale, locale, sintomatica, causale. Pur nella brevità del tutto, c'è una relativa lunghezza in un campo di solito trascurato: quello dietetico. Ampia è anche la parte della terapia medica, con l'indicazione di molte ricette per le varie contingenze. È un libro utile dunque. E il fatto della IIª edizione seguita così rapidamente alla prima è la documentazione che il pubblico medico ha fatto buona accoglienza al lavoro di Jeanneney e Rosset.

P. G.

Prof. dott. RUDOLF DEGKWITZ. *Klimatische Kuren im Kindesalter.* Ed. G. Thieme, Lipsia, 1934, pag. 32, Pr. M. 1,20.

In questo piccolo e limpido libro, il Direttore della Clinica Pediatrica di Amburgo esamina rapidamente le nocive influenze esercitate sul bambino dall'ambiente ristretto, povero di aria e di sole, ed illustra gli immensi vantaggi che derivano dalla Freiluftleben, in montagna e al mare, specialmente ai bambini convalescenti, ai neuropatici, agli asmatici, ai tubercolosi; a questo proposito l'illustre Pediatra discute accuratamente le indicazioni e le controindicazioni della vita all'aperto.

Questo piccolo libro sarà letto con particolare interesse in Italia, dove il Regime esercita, anche in questo campo, una così intelligente ed efficace attività.

V. SERRA.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

# I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

## XL Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Ore 15 - 18 ottobre 1934.

Presidenza: M. Ascoli.

(*Continuazione; v. num. preced.*).

### Comunicazioni.

A. Gugliucci (Napoli). — *Influenze del reticolo endotelio sul glutatione del sangue e degli organi.* — L'O. riferisce su alcune ricerche da lui eseguite, i cui risultati fanno ammettere che il blocco del reticolo endotelio determina una diminuzione dei processi ossido-riduttivi dell'organismo. Con ulteriori ricerche in corso si propone di illustrare più particolarmente queste asserzioni.

P. Cotrufo (Napoli). — *Comportamento del glutatione nel sangue e negli organi in seguito ad introduzione parenterale di proteine eterogenee e di metalli colloidali.* — L'O. ha studiato il comportamento dei fenomeni ossido-riduttivi che tanta parte importante hanno nello svolgersi del metabolismo cellulare, in seguito ad introduzione di proteina eterogenea e, come elemento indicatore per eccellenza di tali processi, ha creduto scegliere il glutatione. Ora stando alle cognizioni attuali sul valore biologico del glutatione, per i risultati ottenuti dall'O. si sarebbe indotti ad argomentare che, mentre le dosi piccole e ripetute portano ad un aumento dei processi riduttivi, le dosi massive provocano uno stato di sofferenza cellulare, determinando un turbamento ed un rallentamento dell'attività organica.

F. D'Asaro (Palermo). — *Eccezionale reperto di bacillo tubercolare avente caratteri culturali e patogeni del bacillo della tubercolosi bovina in un ragazzo affetto da osteoperiostite tubercolare a localizzazioni multiple.* — Dal pus di un ascesso di un ragazzo di 13 a., affetto da osteoperiostite tbc. a localizzazioni multiple, l'O. ha ottenuto lo sviluppo di colonie con caratteri culturali dello stipite bovino in Petragnani semplice e di colonie con caratteri culturali dello stipite umano in terreno di Löwenstein. Alla prova biologica entrambi le culture sono riuscite patogene, in grado perfettamente uguale, sia per le cavie che per i conigli, come è risultato dalle autopsie e dai preparati istologici. D'altra parte le culture ottenute con materiale prelevato dagli animali morti in seguito a precedenti inoculazioni delle culture originarie, hanno ridato colonie atipiche e colonie con caratteri ora dell'uno ora dell'altro stipite. La patogenicità di questo bacillo tbc. per la cavia e per il coniglio, palesatesi sempre ed in grado perfettamente uguale tanto per l'una che per l'altra specie di animali, potrebbe avvalorare l'idea che questo caso possa costituire la prima conferma sperimentale dall'ipotesi di trasformazione di uno stipite di bacillo tbc. in un altro e quindi dell'ipotesi dell'unicità di origine dei diversi stipiti di bacilli tubercolari, già prospettata da altri valorosi ricercatori. Tale conferma sperimentale potrà trovare evidentemente una base ancora più solida con le prove biologiche che l'O. soggiunge di avere in corso con dosi sempre più piccole di emulsione delle culture già ottenute.

R. Paolini (Pescara). — *Azione dell'insulina e metabolismo degli idrati di Ca in rapporto ai vari stati di ipertensione arteriosa.* — L'O. ha studiato in malati vari, in stato ipertensivo il comportamento della pressione arteriosa e l'andamento della glicemia in seguito a trattamento insulinico, allo scopo d'indagare quale potesse essere l'influenza della insulina sulla pressione arteriosa e quale potessero essere altresì i rapporti tra pressione arteriosa e glicemia.

Da tali prime ricerche, dalle quali per ora tuttavia l'O. non può trarre conclusioni definitive, balza un dato sperimentale importantissimo e nuovo nel senso che l'insulina esercita un'influenza favorevole sulle varie forme di ipertensione arteriosa in soggetti diabetici e non diabetici, quantunque allo stato attuale delle nostre conoscenze non possa esserne spiegato il meccanismo di azione. Se questi primi risultati dovessero avere ulteriore conferma da ricerche tutt'ora in corso, non parrebbe ardita l'ipotesi che nel trattamento insulinico possa trovarsi un buon sussidio terapeutico della ipertensione arteriosa.

G. Maragliano (Genova). — *La stabilità colloidale del siero dei vecchi.* — È noto che a spiegare il fenomeno della selescenza fisiologica si sia supposto che le sostanze colloidali dell'organismo vadano incontro, analogamente a ciò che succede nelle soluzioni di colloidi invecchiate in vitro, ad un processo di isteresi. Conseguenza di tale processo sarebbe una diminuzione della stabilità dei colloidi ed un aumento della loro flocculabilità, ed alcuni AA. (Ruzieka) avrebbero osservato appunto che con il procedere dell'età, diminuisce la stabilità colloidale di fronte all'alcool.

L'O. ha eseguito ricerche in proposito, ma i risultati ottenuti non possono in alcuna maniera confermare, per lo meno per ciò che riguarda il siero, tale diminuzione della stabilità colloidale.

L. Preti, M. Massa, G. Zolezzi (Parma). — *Sulla terapia dell'anemia perniciosa col rosso Congo.* — L'O. riferisce sui risultati ottenuti in casi di anemia perniciosa trattati con iniezioni endovenose di rosso Congo al 0,5 % od all'1 % in acqua distillata contenente 0,5 % di cloruro sodico, unitamente a somministrazione per os di HCl off.

Nei casi a risposta positiva fu constatato un aumento cospicuo delle emazie, in qualche caso anche di 3 milioni in 40-60 giorni, un'ascesa non corrispondente del quantitativo emoglobinico, con ritorno pressochè all'unità del V. G.

Fu anche riscontrato un aumento dei reticolociti in misura varia, scomparsa dei megaloblasti.

Resta a considerare la durata e la relativa stabilità dei miglioramenti conseguiti con tale trattamento; alcuni casi però già dopo 1 anno e mezzo sono ancora in buone condizioni.

F. Serio (Palermo). — *Sulla terapia dell'avvelenamento da sublimato.* — L'O. ha trattato 5 casi

di avvelenamento da sublimato con infusioni endovenose di soluzioni iso- ed ipertoniche di bicarbonato di Na, con risultati soddisfacenti in quanto 3 di essi poterono essere salvati. L'influenza delle infusioni di bicarbonato Na si ha tanto sulle lesioni renali che sulle manifestazioni gastroenteriche; la riserva alcalina non fu modificata il che induce a ritenere che il bicarbonato Na eserciti un'azione inibente sulla eliminazione del tossico (tissulare).

E. MACCHIA (Napoli). — *Indoluria nel tifo.* — Utilizzando un metodo di dosaggio dell'indolo nelle urine, da lui proposto, l'O. ha voluto assodare se nel tifo vi è indoluria e se l'eliminazione della sostanza in esame ha rapporto con la Diazoreazione di Erlich, ma dallo studio di 25 pazienti l'O. ha potuto vedere che nel tifo non si ha costantemente un'indoluria superiore a quella che si rinviene in individui sani e così pure che non esiste rapporto tra Diazoreazione e indoluria nè tra presenza di albumina nelle urine e indoluria.

F. FIGARI e L. SIVORI (Genova). — *L'azione fotocitolessica sul ricambio tubercolare di una sostanza fotosensibile irradiata con raggi a breve lunghezza di onda in vitro ed in vivo.* — Eseguendo ricerche dapprima in vitro e poi negli animali, gli OO. hanno potuto appurare sia in vivo che in vitro l'azione alterante che la sostanza fotosensibile irradiata svolge sul bacillo tbc. sia per le modificazioni morfologiche e tintoriali che esso subisce, sia anche per la cessazione della sua vitalità.

Indagini fatte anche sopra ratti portatori di tumori hanno fatto vedere che realmente il tumore sottoposto ad inoculazione di sostanza fotosensibile e quindi irradiata, presenta istologicamente delle cospicue modificazioni nel senso di necrosi della cellula cancerigna.

F. FIGARI, L. SIVORI e DE ANGELIS (Genova). — *L'azione dell'acido borico sul bacillo tubercolare.* — Da ricerche eseguite, gli OO. hanno potuto stabilire, analogamente a quanto ritiene Zambaldi, che il bacillo tbc. è particolarmente sensibile all'acido borico, cristallizzato. Gli OO. hanno indagini in corso per appurare se l'acido borico induce modificazioni nel mezzo dove il bacillo attinge il suo nutrimento o se invece agisce direttamente sul germe stesso come veleno protoplasmatico.

A. LUISADA (Napoli). — *Derivazioni elettive per le correnti di origine atriale.* — Da tempo si cercano derivazioni elettrocardiografiche, che permettono di registrare elettivamente e separatamente sull'uomo le correnti dei due atri, permettendo di conoscere esattamente i loro disturbi. L'O. ha eseguito ricerche in proposito su numerosi soggetti, approfittando sopratutto di un caso in cui esisteva una costante dissociazione fra i due atri, in modo da permettere un giudizio sicuro. Dopo aver scartato numerose derivazioni, l'O. è riuscito ad individuare due derivazioni elettive per la registrazione delle correnti dei singoli atri e di ciascun atrio separatamente.

F. MAZARA (Napoli). — *Indicazione di alcuni climi della Campania quali mezzi di terapia aspecifica nelle malattie infettive acute.* — L'O. dopo aver richiamato l'attenzione sulla grande varietà dei climi dei dintorni di Napoli, varietà derivante dal fatto che Napoli è circondata dal mare, dal Vesuvio, dalle colline, riferisce alcuni suoi studi eseguiti sui vari climi della Campania, deducendone, per alcuni, importanti attribuzioni terapeutiche.

F. LO BIANCO (Roma). — *La diagnosi precoce delle malattie tubercolari.*

A. CARDARELLI (Roma). — *Contributo alla diagnosi differenziale fra l'ulcera gastrica semplice ed il cancro dello stomaco.* — L'O. dopo aver descritto la tecnica, da lui in parte perfezionata, per la determinazione del potere proteolitico del succo gastrico, riferisce di aver eseguito tale determinazione comparativamente alle abituali ricerche sul chimismo gastrico in 43 casi. L'O. ha potuto vedere che mentre nell'ulcera peptica dello stomaco si ha aumento netto del potere proteolitico del succo gastrico, al contrario esso è sempre diminuito nel cancro dello stomaco.

PENNETTI (Napoli). — *I processi deidrogenativi del polmone collassato.*

E. GREPPI (Catania). — *Sull'associazione di un tumore di milza congestizio-sclerotica con un ulcus-duodeni.* — L'O., dopo aver ricordato la frequenza e la fisionomia clinica delle gastrorragie, di origine splenica o spleno-epatica, riferisce di aver avuto occasione di osservare tre casi in cui alla sindrome splenica o spleno epatica, si accompagnava come fattore altrettanto responsabile di emorragie gastro-intestinali, ma rimasto latente fino alla comparsa di grossolane manifestazioni cliniche, un'ulcera a sede iuxtapilorica o duodenale. Ognuno dei casi si presta a discussione su vari punti, ma l'O. insiste sopratutto nel porre in rilievo la singolare associazione dell'ulcus con la sindrome splenica o spleno-epatica, sindrome che di per sè sola in questi casi avrebbe potuto giustificare gli episodi di emorragia. Supponendo ad ogni modo, qualche legame patogenetico fra i due processi occorre decidere quale dei due proceda e condizioni l'altro e l'O. discute le varie probabilità.

C. FRUGONI (Roma). — Rileva come siano note, per quanto rare, le associazioni fra ulcera e splenomegalia tromboflebitica.

C. C. DOGLIOTTI e V. TAGLIONI (Firenze). — *Metodo di determinazione del grado di permeabilità dei capillari degli arti.* — Gli OO. espongono un loro metodo di indagine della permeabilità dei capillari nell'uomo, secondo cui dalle prime determinazioni risulterebbe chiaramente una forte diminuzione della permeabilità al glucosio nei diabetici ed inoltre, nell'età senile; la permeabilità pare invece aumentata nei casi di scompenso cardiaco.

P. RIZZELLI (Lecce). — *Emicrania oftalmica.*

R. MAROTTA (Napoli). — *Diagnosi errata in casi di endocardite lenta.* — L'O. riferisce su alcuni casi di endocardite lenta, ove a parte il quadro clinico fino ad un certo punto confondibile con la melitense, vi era come argomento più decisivo la positività dell'agglutinazione. L'O. mette quindi in rilievo la frequenza della positività dell'ag-

glutinazione per melitense, la quale è la più infida fra le sierodiagnosi e può quindi prestarsi a cause di errore nei risultati.

A. FERRATA (Pavia) ritiene i casi citati dal Marotta come rari e quindi non tali da infirmare il valore pratico della sierodiagnosi nella melitense.

G. BOERI (Napoli). — Anch'egli si associa a Ferrata nel riconoscere il valore della prova agglutinante per la melitense, pur ricordando l'importanza della emocultura nei casi controversi. A tale riguardo ricorda le ricerche di Konrich su agglutinazioni positive anche ad alto titolo per la melitense nel siero di individui sani.

G. IZAR (Messina). — Afferma che quando si usino ceppi buoni e provati per la melitense, la agglutinazione a titolo sufficientemente elevato mantiene immutato tutto il suo valore diagnostico.

M. DONATI (Milano). *Epatopatie febbrili non itterigene curate con colecistostomia.* — L'O. che già in una comunicazione alle Società Riunite Piemontese e Lombarda di Chirurgia, aveva richiamato l'attenzione su una particolare epatopatia febbrile non accompagnata di ittero con lesioni microscopicamente accertate di grave epatosi, accanto a piccoli focolai nodulari epatici, con bile nera risultata batteriologicamente sterile, nei quali mercè la colecistostomia aveva ottenuto un'immediata cessazione della febbre, rapido miglioramento delle già gravi condizioni generali ed infine completa guarigione, ritorna ora sull'argomento con l'aggiunta di una nuova e altrettanto probativa osservazione.

Discute questioni di patogenesi e traccia il quadro anatomo clinico di queste epatopatie, indagando il meccanismo dell'azione curativa del drenaggio esterno temporaneo della bile.

G. BOERI (Napoli). — È indubbio che i casi riferiti dal Donati sono oltremodo interessanti pel risultato terapeutico; successi insperati, interessanti dal lato diagnostico o terapeutico, capitano in realtà nella pratica. Ricorda alcune sue osservazioni di sindromi infettive acute che ricordavano l'ascesso epatico o la colecistite infettiva guarite con la puntura esplorativa del fegato.

G. D'AGATA (Messina). — L'O. cita un caso di osservazione personale analogo a quelli riferiti dal prof. Donati. Si crede autorizzato a sostenere che il drenaggio biliare possa trovare utile indicazione in alcune forme oscure di epatite senza ittero.

G. MANN (Trieste). — Anch'egli ha avuto occasione di osservare tre casi analoghi a quelli comunicati da Donati, e tutti sono guariti con il drenaggio medico. Ritiene quindi che in casi recenti possa essere praticato con successo o per lo meno essere tentato prima di ricorrere all'intervento operatorio.

A. FERRATA (Pavia). — È propenso all'intervento chirurgico in casi simili a quelli riferiti di Donati, in quanto, quasi sicuramente, malgrado la mancanza di ittero, si deve essere trattato di stasi biliare, dimostrata dalla esistenza di bile nera all'intervento. Il drenaggio, come avviene in caso di ostacolato deflusso in altre cavità, ha involto la scomparsa della febbre e la regressione dei fatti degenerativi.

Tuttavia anch'egli pensa che il drenaggio medico in questi casi può e deve essere tentato.

Ore 10, 19 ottobre 1934.

**(Tema in comune con la Società Italiana di Chirurgia).**

Presidenza: Proff. MARAGLIANO - PEREZ.

PARTE MEDICA.

## Le bronchiectasie.
## Broncopolmonite croniche bronchiettasiche.

Prof. A. OMODEI-ZORINI (Roma).

*(Conclusioni).*

Le bronchiettasie si distinguono per la loro *eziopatogenesi* in congenite (rare) e acquisite (frequenti). Le prime possono derivare da agenesia degli alveoli o da atelettasia fetale alveolare, su cui interviene secondariamente il fattore meccanico (ventosa pleurica) e infettivo.

È incerta la partecipazione di una predisposizione anatomica e funzionale circoscrita a determinati distretti bronchiali nella genesi di alcune bronchiettasie acquisite, non ben chiarite nel loro movente iniziale. Tutte le altre forme acquisite riconoscono una causa fondamentale infettiva per opera di una grave malattia acuta o subacuta a focolaio (broncopolmonite) che persista a lungo nell'apparato respiratorio e colpisca *in primis* la mucosa, alterando poi la struttura e la funzione di tutta la parete bronchiale e rendendola più fragile di fronte all'impegno meccanico respiratorio normale od in eccesso; in un secondo tempo interviene un meccanismo « da pulsione » e da « trazione per il ristagno » di secreto, il trauma della tosse, la ventosa pleurica e lo svolgersi di processi sclerotici peribronchiali o pleurici. In qualche caso, d'origine pleurogena, quest'ultimo fattore è primitivo e prevalente. Il fattore tossiinfettivo cronico polimicrobico determina poi le suppurazioni croniche bronchiali e le eventuali complicanze. È dubbio l'intervento di azioni morbigene a distanza (sinusiti paranasali) nel determinare le reinfezioni bronchiali.

I processi infettivi cronici, come la tubercolosi e la sifilide, giuocano un ruolo minore nella genesi delle vere bronchiettasie autonome. Così pure la stenosi dei grossi bronchi per opera di corpi estranei, di tumori, aneurismi, ecc., la stasi cronica dei polmoni, la pneumoconiosi, i gas tossici, il cancro polmonare, la narcosi e così via.

L'origine infettiva delle bronch, acquisite, il quadro cronico suppurativo delle pareti bronchiali, con riaccensioni febbrili broncopneumatiche, la larga partecipazione anatomica del tessuto polmonare circostante al processo infiammatorio cronico, bronchiale, giustificherebbe, secondo il R., più che la denominazione di « bronchiettasie » (esponente del fattore patogenetico meccanico, che agisce solo in via subordinata) quella più comprensiva di « broncopolmonare », di « bronchite cronica bronchiettasica ».

Le « bronchiti bronchiettasiche » si possono distinguere dal *punto di vista clinico* in conclamate e larvate.

Le forme conclamate sono sostenute da un catarro bronchiale cronico (broncoblenorrea) con buono stato generale, frequenti dita ippocratiche, espettorazione abbondante, Koch-negativo, piccole vomiche, talora fetide ed emoftoiche. All'esame oggettivo toracico si ha un reperto acustico variabile, ora semplicemente bronchitico o broncopneumonico cronico, ora (più spesso) cavitario, in una sede fissa e costante anche a distanza di anni, più evidente dopo l'espettorazione: tale reperto talvolta è mascherato da uno stato enfisematoso, asmatico o pachipleuritico adesivo. La sede preferita appare nel polmone di sinistra e specie nel lobo inferiore sinistro; viene poi per frequenza il lobo inferiore destro e il lobo superiore destro. Il decorso eminentemente cronico può venire complicato da frequenti malattie associate dell'apparato respiratorio.

Il *reperto anatomico*, oltre le gravi alterazioni delle pareti bronchiali, dimostra la larga partecipazione del tessuto polmonare circostante che talora è carnificato e delle linfoghiandole polmonari e dell'ilo (adeniti semplici iperplastiche).

Nei bambini le bronchiettasie decorrono come negli adulti; incidono però maggiormente sulle condizioni generali ritardando lo sviluppo somatico e sessuale.

Le forme larvate di bronchiolite bronchiettasica (Omodei-Zorini) sono stati bronchiettasici « in miniatura » che colpiscono uno o le due basi polmonari nello sfondato pleurico posteriore e hanno spesse volte un decorso secco emoftoico, pseudotubercolare. Esse si palesano all'esame fisico mediante un reperto di bronchite capillare fisso e circoscritto in una determinata sede, anche al di là del distretto bronchiale corrispondente. La broncografia dimostra in questi casi delle piccole dilatazioni cilindriche o ampollari con rigidità del distretto bronchiale corrispondente. La diagnosi clinica differenziale verte sopratutto con le forme di tubercolosi emoftoica abortiva e con le bronchiti emorragiche.

La *diagnosi clinica* è quasi sempre possibile, specialmente nelle forme conclamate, in via diretta. In ogni caso essa va convalidata dalla broncografia che precisa la sede e la forma delle dilatazioni bronchiali. Non sempre, tuttavia, un reperto radiografico negativo può fare escludere la presenza di bronchiettasie, quando esistano una storia ed un reperto fisico caratteristico.

Le bronchiettasie larvate non emoftoiche e quelle conclamate ma con buon drenaggio delle cavità bronchiali e ottima capacità lavorativa, non abbisognano di alcuna terapia attiva, ma solo di cura sintomatica per diminuire la secrezione bronciale e l'attività della flora batterica contenuta nei bronchi.

Negli altri casi si può attuare una terapia meccanica o antinfettiva o causale vera e propria.

La prima è rappresentata essenzialmente dalla terapia broncoscopica con aspirazione; la seconda, a base di balsamici o di preparati più moderni, come salvarsan, iodio, alcool, tiocolo endovenoso non dà risultati tangibili, mentre più efficace sembra l'instillazione endobronchiale di rimedi ad azione antisettica (broncoscopoterapia).

La terza consta del pneumotorace e di interventi chirurgici vari.

Il pneumotorace artificiale può dare ottimi risultati solo in determinati casi di bronchiettasie monolaterali, quando sia condotta a lungo, per quanto non riesca ad elidere le cavità bronchiettasiche. Esso agisce sopratutto sui fenomeni catarrali alveolitici circostanti alle bronchiettasie. Molte volte però esso non riesce per impervietà pleuritica totale o parziale, oppure è dannoso perchè provoca stenosi del bronco di drenaggio con conseguente ristagno. Il pneumotorace trova miglior campo di applicazione nelle bronchiettasie infantili meno complicate da aderenze pleuriche e nelle bronchiettasie uniterali emoftoiche.

La *profilassi* può essere attuata solo nei bambini durante la convalescenza di broncopolmoniti e delle malattie esantematiche più frequentemente causa di bronchiettasie.

Il clima più consigliabile per le bronchiettasie avanzate è quello temperato mediterraneo.

È da augurarsi che sorgano anche in Italia dei reparti di broncoscopoterapia dove i bronchiettasici possono essere sistematicamente e tempestivamente curati con le varie modalità adatte ai singoli casi (o broncoscopoterapia, o pneumotorace, o terapia chirurgica).

PARTE CHIRURGICA.

## Chirurgia delle bronchiectasie.

Prof. R. ALESSANDRI (Roma).

(*Conclusioni*).

Il relatore, per intesa concorde, lascia al relatore medico la parte di etiologia e patogenesi, di anatomia patologica, di sintomatologia e diagnosi e la cura con mezzi medici, limitandosi essenzialmente a riassumere le indicazioni all'intervento chirurgico, le modalità e la tecnica delle varie operazioni usate e i risultati ottenuti.

Data però l'importanza degli studi sulla patogenesi dell'affezione, in gran parte poggiati su osservazioni chirurgiche, e la differenza essenziale, specie per la giustificazione della cura chirurgica, delle bronchiectasie congenite o sviluppatesi su base congenita di fronte alla maggior parte di quelle acquisite, si sofferma brevemente sulle più decisive osservazioni e constatazioni che dimostrano la frequenza delle bronchiectasie d'origine congenita (Sauerbruch e sua Scuola), appoggiate anche da osservazioni anatomo-patologiche (Borst, Rössle) e di quelle sviluppatesi su base congenita, benchè questa sia ancora non esattamente stabilita; accenna anche alla importanza delle affezioni e delle lesioni primitive dei bronchi, sia nelle forme flogistiche (la dimostrazione più evidente è data dall'esame dei lobi polmonari chirurgicamente asportati: Robinson), sia nelle stenosi ed occlusioni (Chevalier Jackson; Nissen, Pietrantoni) da corpi estranei, tumori, ecc. Le forme acquisite secondarie ad affezioni polmonari o pleuriche, che prima si credevano le più frequenti, sono invece più rare e anche meno importanti per noi, poichè in esse non è in genere possibile applicare una cura chirurgica radicale; d'altra parte sono quelle che più spesso si complicano con suppurazioni spesso diffuse e multiple e talora anche a tipo gangrenoso, e in cui dunque la cura è prevalentemente chirurgica, per quanto grave e in genere con risultati non definitivi.

Accennate appena le difficoltà della diagnosi, sia diretta delle varie forme, sia differenziale specialmente colla tubercolosi e colle suppurazioni

polmonari, argomento lasciato in massima parte alla relazione medica, insiste sul progresso grande dovuto in questo campo alla ricerca radiologica specie cogli oli opachi di contrasto e all'esame broncoscopico, su cui vi sono pure relazioni a parte.

La indicazione della cura chirurgica è svolta in modo sufficientemente ampia, di fronte alle indicazioni e ai risultati delle cure mediche e broncoscopiche, ed è sottolineata la grande importanza che per i risultati delle operazioni possono aversi dalla stretta collaborazione coi medici e specialisti per la preparazione dei malati, specialmente col drenaggio di postura e col vuotamente broncoscopico.

Accenna ai problemi inerenti all'età dei malati, alle condizioni locali e generali, specialmente del cuore destro e dei reni, per la decisione e le modalità dell'intervento, dell'anestesia, ecc.

Le operazioni proposte ed usate per la cura delle bronchiectasie e delle loro complicazioni sono poi partitamente esposte e valutate.

La collassoterapia, escluso il pneumotorace che raramente può essere utile a scopo curativo e che è lasciato alla trattazione del relatore medico, viene riferita nelle varie indicazioni e nei risultati ottenuti nelle tre modalità chirurgiche della frenico-exeresi, delle toracoplastiche e dei piombaggi. I risultati per quanto in genere non definitivi, possono però essere discreti, specie nei casi limitati e precoci e dare miglioramenti, che lasciano del caso l'adito a interventi più radicali.

La pneumotomia o più spesso pneumectomia parziale progressiva è l'operazione necessaria e talora urgente specie nelle complicazioni suppurative, quasi sempre diffuse, a forma di ascessi multipli e talora gangrenosi: operazioni gravi che, applicate però sistematicamente e colle modalità recentemente precisate, possono salvare la vita a malati altrimenti condannati e ottenere anche in alcuni casi risultati definitivi soddisfacenti.

Viene infine esposta in modo succinto, ma completo la serie delle ricerche sperimentali e delle applicazioni cliniche per cui si è venuti all'indicazione e all'uso delle resezioni e delle lobectomie.

Non è possibile in un breve riassunto indicare le varie tappe di questo intervento e le tecniche usate.

Allo stato attuale la questione è ancora indecisa fra la lobectomia in due o più tempi, isolando dal cavo pleurico il campo operatorio per aderenze, resecando o asportando un lobo, talora anche un intero polmone colla tecnica sistematizzata da Sauerbruch: la statistica sua più recente (aprile 1934) porta su 57 casi 6 decessi: 10,52 % di mortalità, e la lobectomia in un tempo a pleura libera, proposta ed usata prima da Lilienthal e poi abbandonata per l'alta mortalità, ma con successivi perfezionamenti tecnici ripresa da Brunn, da Shenstone e Janes, e da Roberts ed Edwards, di cui la più recente statistica (comunicazione personale del marzo 1934) dà 4 morti su 45 casi, 8,88 % di mortalità.

Pei casi gravi complicati da suppurazione resta sempre come unico metodo possibile la pneumectomia progressiva col cauterio alla Grahm, anche essa recentemente migliorata nei risultati da vari accorgimenti tecnici (dal 50 % si è giunti al 25 circa di mortalità).

Il relatore riporta infine i risultati della sua esperienza chirurgica, quasi tutta svoltasi nell'Istituto B. Mussolini, su 72 casi di bronchiectasie, con 27 operazioni su 22 malati e precisamente 21 frenicoexeresi, 2 toracoplastiche, una lobectomia alla Sauerbruch, e tre operazioni per complicazioni ascessuali, di cui una pneumectomia alla Grahm.

### L'indagine radiologica nelle bronchiectasie.

Prof. A. VALLEBONA (Genova).

(*Conclusioni*).

Il R. intende limitare la sua trattazione allo studio delle bronchiectasie nei rapporti con l'indagine Roentgenologica.

Considera il problema della indagine radiologica nelle bronchiectasie sotto tre punti di vista e tratta cioè:

— del contributo apportato per il passato dalla radiologia alla conoscenza delle bronchiectasie;
— della semeiologia roentgenologica corrente;
— dell'ulteriore contributo che ancora la radiologia potrà dare, adottando dei criteri più moderni di tecnica.

Dopo aver prospettato il programma che seguirà nella trattazione, passa ad analizzare la *storia*, ricordando le pubblicazioni di ordine radiologico apparse sull'argomento delle bronchiectasie.

La storia radiologica delle bronchiectasie viene dal R. separata in tre periodi:

Conclude dicendo che la storia radiologica ha una importanza fondamentale per lo studio delle bronchiectasie, e non solo per quanto riguarda la radiologia, ma anche per ciò che concerne la patogenesi, l'anatomia patologica, la sintomatologia clinica, le classificazioni, le statistiche, le modalità di trattamento mediche e chirurgiche, ecc.

Il R. viene poi alla *tecnica radiologica in rapporto alle bronchiectasie*.

Tratta della radioscopia, della radiografia, dei perfezionamenti di questa (teleradiografica, stereografia, radiografia di dettaglio, microradiografia. ecc.) dei problemi più discussi (raggi duri o raggi molli, antidiffusore, ecc.).

Mette in evidenza l'importanza che, nello studio delle brochiectasie ed in genere delle cavità endopolmonari, ha la stratigrafia, cioè quel metodo che permette di evitare la sovrapposizione delle ombre e di riprodurre isolatamente un determinato strato dell'oggetto; l'osservazione radiologica di sezioni isolate del torace quali si possono ottenere nel vivente coll'ausilio della stratigrafia è del massimo interesse per lo studio delle bronchiectasie.

Dopo le nozioni di indole strettamente tecnica, viene a trattare della broncografia, indicando le diverse tecniche impiegate, mettendo in evidenza il notevole contributo degli autori italiani.

Dopo la broncografia accenna pure agli altri metodi che utilizzano la introduzione di mezzi di contrasto, e cioè il pneumotorace diagnostico, l'angiopneumografia, ecc.

Chiuso il capitolo della tecnica radiologica, viene *alla anatomia radiografica dell'albero bronchiale normale*, affermando che è impossibile riconoscere nel radiogramma le lesioni dei bronchi se non si ha una buona conoscenza del loro aspetto normale.

Il R. si addentra poi nell'argomento del disegno polmonare, esaminando in modo particolare quale è l'importanza del fattore bronchiale nel determinismo di questo; l'influenza dei bronchi nel determinare il disegno polmonare è sempre andata via via aumentando col perfezionamente della tecnica (ciò che non toglie al fattore vascolare di essere il substrato anatomico fondamentale del disegno polmonare).

Passa poi all'aspetto dell'albero bronchiale quale è dimostrato dalla broncografia; tratta delle varie fasi e dei vari aspetti dei bronchi normali iniettati.

Richiama l'attenzione sui movimenti proprii dei bronchi studiati nell'uomo a mezzo della broncografia; ricorda pure la mancata peristalsi bronchiale nelle bronchiectasie; fa presente tuttavia le difficoltà che si incontrano nella esatta valutazione dell'attività muscolare propria dei bronchi.

Il R. tratta poi diffusamente *del quadro radiologico delle bronchiectasie*, richiamandosi a quelle nozioni della anatomia patologica che rappresentano il substrato del quadro radiologico.

Descrive prima gli aspetti delle *bronchiectasie non complicate*, quali ci fa vedere l'esame radiografico semplice, distinguendo i gradi più lievi, che possono sfuggire alla indagine radiologica semplice, per venire poi ai quadri più tipici tra cui ricorda particolarmente quello « a cerchi multipli interferenti ».

Viene quindi ad illustrare il quadro delle bronchiectasie col metodo della broncografia.

Dopo aver ricordato così i quadri radiologici che presentano le bronchiectasie semplici, non complicate, all'esame con le diverse tecniche, viene a descrivere i quadri presentati dalle *bronchiectasie complicate con fatti pleurici o polmonari.*

Al riguardo della associazione di bronchietasie con altro processo morboso descrive tre situazioni: la bronchiectasia è il fatto fondamentale, il primo fenomeno insorto, sulla base del quale si è poi successivamente sviluppato un altro processo morboso, ed è questo specialmente il caso di fatti broncopolmonari od ascessuali sovrapposti; seconda eventualità è quella che la bronchiectasia rappresenti il quadro finale della evoluzione di un processo morboso, ciò che si ha spesso nella tubercolosi polmonare e particolarmente in quella a carattere sclerotico; terza eventualità è infine quella di ritrovare la bronchiectasia frammista a lesioni broncopolmonari o pleuriche senza che si possa riconoscere quale è la lesione fondamentale o primitiva, come in quella associazione di processo che si ritrova in certe forme suppurative croniche del polmone, e nella associazione con aderenze pleuriche (fatto quest'ultimo di straordinaria frequenza).

Alcune di queste associazioni di processo presentano dei quadri radiologici tipici.

Nello studio delle lesioni associate alle bronchiectasie l'indagine radiologica ha esplicato uno dei compiti più importanti, in quanto ha permesso lo studio della *evoluzione del processo* oppure la *stazionarietà* di questo per mezzo di esami ra diologici ripetuti a distanza di tempo.

Come *conclusione* di ordine generale il R. richiama l'attenzione sulla importanza della indagine radiologica in questo capitolo della patologia; non fa confronti con gli altri metodi clinici di indagine ed afferma che è soltanto la stretta collaborazione tra le varie specialità, tra i diversi metodi di indagine, quella che può permettere di raggiungere la migliore, la più completa, la più precisa cognizione diagnostica.

## La broncoscopia e la diagnosi broncoscopica nelle bronchiectasie.

Prof. F. LASAGNA (Parma).

(*Conclusioni*).

L'endoscopia perorale ha assunto un particolare interesse nello studio delle malattie bronchiali, perciò essa deve coadiuvare il clinico ed il radiologo anche nella diagnosi e nella terapia delle bronchiettasie.

Bisogna però ricordare innanzi tutto che occorre conoscere i particolari anatomici che ci vengono rivelati dall'introduzione del broncoscopio, ed anche le frequenti anomalie di disposizione delle ramificazioni bronchiali primarie e secondarie per evitare incidenti nell'introduzione dello strumento: è pure utile il conoscere la funzione fisiologica delle ciglia, del muco, della muscolatura, della corrente d'aria in- ed espiratoria e a tal riguardo il R. riporta dati precisi corredati da tavole.

L'istrumentario perfezionato oggi in uso dà ragione della sua facile applicazione e il R. ne descrive diversi tipi concludendo che fra gli istrumenti italiani il più consigliabile è l'Orlandini, fra gli stranieri il Jackson subordinando però tale scelta alle consuetudini dell'operatore.

Il R. descrive poi tutti gli elementi necessari per una buona broncoscopia ed espone i diversi metodi di anestesia che rappresentano una parte importante di buon successo: egli ritiene che solo in pochi casi sia necessaria una anestesia generale, abitualmente basta quella per bloccaggio del laringeo.

Il R. illustra poi le posizioni dell'intervento che richiede però un personale adatto, oltre all'istrumentario completo, ed enumera le controindicazioni e gli eventuali pericoli sia in rapporto alla anestesia che agli stati morbosi polmonari (emottisi, caverne) o generali (anemie, cachessie, ecc.).

Il R. dedica pure una trattazione diffusa ai rapporti tra broncografia e broncoscopia esponendo di quella i diversi sistemi fra i quali consiglia il metodo transnasale da lui ideato oppure quello col broncoscopio (Orlandini) ed insiste sulla necessità che la broncografia sia fatta dal laringologo specie nelle bronchiettasie, ove essa non ha valore se non vengono prima aspirate le secrezioni esistenti.

Dopo tali premesse il R. sviluppa la parte che spetta al broncoscopio nella diagnosi delle bronchiettasie.

Egli distingue: 1) le bronchiettasie da infezione (broncosinusiti, interventi sulle prime vie respiratorie con ingestione di frustoli di tessuto, pus, ecc.); 2) bronchiettasie da alterazioni delle pareti bronchiali e dei tessuti peribronchiali; 3) bronchiettasie da stenosi tracheali e bronchiali (tumori, corpi estranei, ecc.); in tali casi solo il broncoscopio può definire la lesione, asportarla ed esaminare la regione sottostante dilatata; 4) bronchiettasie da ristagno di secrezione in cui il broncoscopista può definire la natura dei liquidi e lo stato delle pareti.

Dal complesso di tali svariate forme di bronchiettasie si possono poi raccogliere dati sull'espulsione dei liquidi, sulla loro quantità, sul contenuto batterico, sullo stato delle ciglia vibratili, sullo stato delle pareti bronchiali e sulle loro alterazioni controllandone l'azione terapeutica diretta.

A conferma dell'importanza dell'uso del broncoscopio il R. conclude questo capitolo coll'esposizione della diagnosi differenziale fra bronchiettasie, ascessi polmonari, tubercolosi, bronchiti croniche, asma, ed afferma che il metodo broncoscopico ha un grande valore nel campo diagnostico delle bronchiettasie se esso è applicato in piena collaborazione col clinico e col radiologo e con cosciente conoscenza di quanto esso possa dare, senza oltrepassare i limiti a cui esso è devoluto.

(*Continua*). A. POZZI.

## XIII Congresso della Società Italiana di Urologia.

Il XIII Congresso della Società Italiana d'Urologia è stato inaugurato in Roma il giorno 20 ottobre nell'aula della R. Clinica Chirurgica al Policlinico con un discorso del presidente prof. ULISSE GARDINI.

Il tema di relazione svolto dai proff. L. MIGLIARDI di Torino e G. PISANI di Milano, è stato molto applaudito.

L'assemblea dei soci ha nominato all'unanimità soci onorari i proff. Thomas Kirwin di New York, Stanley R. Woodruff di New York, Wesson Miley B. di San Francisco di California e S. G. Gilbert di Boston; socio corrispondente il prof. Lobo Onell di Parigi, ed ha proceduto poi all'elezione del Comitato Permanente della Società per gli anni 1935-1936 che è risultato così composto: prof. C. Ravasini (Trieste), presidente; proff. Raimoldi G. (Roma) e Pavone M. (Palermo), vice-presidenti; proff. Pisani G. (Milano) e Garofalo F. (Bologna), consiglieri; dott. Oberholtzer A. (Roma), segretario; dott. Sabatucci R. (Roma), tesoriere; dott. Taralli (Chieti), vice-segretario cassiere.

Come sede per il XIV Congresso è stata scelta Bologna, il tema già fissato nel Congresso del 1933 è: « Frequenza della degenerazione cancerigna della ipertrofia prostatica ».

Infine è stato scelto il tema di relazione per il XV Congresso (1936): « Diagnosi precoce della tubercolosi renale ».

### Esplorazione della funzione renale e prognosi chirurgica in urologia.

Prof. L. MIGLIARDI (Torino), relatore.

Una prima parte della relazione è dedicata all'esplorazione della funzionalità renale globale; una seconda parte all'esplorazione della funzionalità renale separata. Infine, due altri capitoli trattano delle alterazioni dell'equilibrio acido-basico nell'insufficienza renale e della prognosi e terapia delle sindromi tossiche iperazotemiche postoperatorie. Dopo aver passato in rassegna i diversi metodi d'indagine della funzionalità renale globale e riferite in proposito le opinioni più recenti degli urologhi, il relatore conclude che, attualmente, le prove funzionali più usate sono: la prova dell'eliminazione della fenolsulfonftaleina, la determinazione dell'azotemia e della costante di Ambard, la prova della concentrazione e diluizione di Volhard.

Per quanto riguarda l'esplorazione della funzionalità renale separata, dà sopratutto importanza alla cromocistoscopia coll'indaco-carminio e al confronto delle concentrazioni ureiche fortuite delle urine di ciascun rene, separate mediante il cateterismo ureterale. Come controllo ricorre volentieri alla prova dell'eliminazione dell'indacocarminio sulle urine divise. Nei casi in cui il cateterismo degli ureteri non è possibile, insiste sull'utilità della pielografia endovenosa che, quasi sempre è in grado di stabilire la diagnosi di sede della lesione e il valore funzionale dei due reni, dando così un'indicazione sicura per l'intervento o per l'astensione.

Passando a trattare della prognosi chirurgica in rapporto con le esplorazioni renali funzionali, il relatore afferma che questa non deve essere basata esclusivamente sullo studio dell'alterazione renale in se stessa, ma che bisogna tener gran conto di certe alterazioni del metabolismo endogeno dei tessuti che spesso accompagnano l'insufficienza renale cronica. Tali alterazioni si manifestano con un aumento dell'azoto non ureico del sangue, e con un aumento di radicali acidi del sangue (solfo minerale, acidi organici) con una diminuzione della riserva alcalina.

Il relatore preferisce la determinazione della riserva alcalina perchè più semplice e più pratica. Egli há osservato che, quando la riserva alcalina è normale, la prognosi operatoria è favorevole anche se le esplorazioni funzionali sono molto scadenti, mentre, quanto più è diminuita la riserva alcalina, tanto più riservata è la prognosi operatoria anche se il risultato delle comuni prove funzionali del rene non sono così scadenti da controindicare l'intervento.

### Studio della funzionalità renale in rapporto alla chirurgia urinaria.

Prof. L. PISANI (Milano), relatore.

I metodi della diagnosi renale funzionale sono moltissimi, ma nessuno è perfetto poichè essi rispecchiano soltanto la funzionalità statica e non quella dinamica, nè la fragilità renale. Gli squilibri postoperatori nella chirurgia urologica possono dipendere tanto da fattori renali, quanto da fattori extrarenali. Perciò una buona diagnosi renale funzionale non può prescindere da un completo esame del malato. Essa scaturisce da una sintesi clinica che è appunto la prerogativa del chirurgo urologo sperimentato.

Il miglior esame, secondo l'esperienza dell'O., è pur sempre la K. di Ambard, purchè essa sia calcolata secondo norme ben definite; la K. di Ambard è anche la più fisiologica delle prove di ritenzione. Come prova di eliminazione, la più accettata e diffusa è quella ftaleinica: bisogna però tener presente che anch'essa non è sempre sicuramente attendibile. Il mezzo migliore per esplorare preoperatoriamente la funzione renale, è quello di ricorrere ad entrambe le prove e di metterle a raffronto. Allo scopo di misurare la capa-

cità funzionale di riserva, è stato immaginato un metodo detto del « ricupero » il quale, pur con qualche riserva in certi casi speciali, serve abbastanza bene a farci apprezzare l'esistenza di un margine funzionale oltre quello statico.

Oggi, con la terapia glico-insulinica e clorurante, si è fatto anche un sensibile progresso nella terapia preventiva degli squilibri postoperatori.

**Comunicazioni sul tema di Relazione.**

BLASUCCI (Roma). — *Sul modo di eliminare l'errore fisiologico nella prova della Ftaleina.* — L'O. dimostra che è possibile, modificando leggermente la tecnica, evitare l'errore dovuto al riassorbimento di questa sostanza da parte degli altri organi.

M. BONINO (Torino). — *La reazione xanto-proteica in urologia. Suo valore diagnostico.* — L'O. studia il valore prognostico della R. X. in urologia prendendo in esame 60 pazienti urologici.

Dopo aver descritto la tecnica conclude che questa reazione è un indice sicuro dello stabilirsi dello stadio terminale dell'insufficienza renale indipendentemente dall'importanza della ritenzione azotata.

Conclude infine che la R. X. nettamente positiva è indice d'insufficienza renale grave e definitiva.

A. CASSUTO (Roma). — *Importanza dell'indacanemia in chirurgia urinaria: un semplice metodo di dosaggio.* — L'O. tra i vari metodi per la ricerca sull'indacano del sangue, ne ha scelto uno assai semplice e abbastanza esatto per le sue applicazioni cliniche, fissato sul metodo colorimetrico. Come si sa, numerose sono le reazioni qualitative all'indacano, ma laboriose e difficili, quelle un poco sensibili per stabilire il quantum.

A suffragare poi l'importanza di questa ricerca sul sangue, come prognostico operatorio, ha istituito parallelamente in ogni caso clinico, un controllo con l'azotemia: in tali casi l'indacanemia si è dimostrata almeno uguale se non più sensibile dell'azotemia.

Il metodo è quindi raccomandabile sotto molti punti di vista per la facilità della sua applicazione.

A. DE LUCA (Palermo). — *Valore pratico della misura dell'eliminazione ureica nelle prove funzionali con cateterismo ureterale.* — L'O. passa in rassegna i principali metodi di esame per la prova funzionale dei reni separati fino ad oggi eseguiti in pratica. Dopo aver esposte le ragioni per le quali alcuni di questi metodi non sono utilizzabili o per lo meno non hanno un'utilità pratica, si ferma sullo studio della prova delle concentrazioni ureiche fortuite su cateterismo ureterale, metodo comunemente eseguito nella Clinica Urologica di Palermo.

I risultati di questa prova, messi al confronto sistematicamente con altri metodi di esame più complessi o incerti, sono stati quasi costantemente riconosciuti esatti al tavolo operatorio.

Riferisce quindi a conferma di quanto sopra i risultati di circa cinquecento esami funzionali così eseguiti.

Conclude affermando la superiorità del metodo sia dal punto di vista della sicurezza, sia e specialmente dal punto di vista della sua estrema semplicità.

F. GALLIZIA (Torino). — *L'urografia di eliminazione come teste della funzione renale.* — In base a ricerche sperimentali, confrontando tale metodo con l'indigo-carminio e con le altre prove funzionali, l'O. conclude che l'Uroselectan dà dei buoni criteri sulla funzionalità di un rene rispetto all'altro, sempre che siano assunti i radiogrammi molto precocemente. Secondo la sua tecnica a 2, a 5 e a 10 minuti dopo l'iniezione di Uroselectan B.

P. LILLA (Livorno). — *Il valore prognostico dei vari metodi d'indagine della funzionalità renale; considerazioni su 1500 operati di chirurgia urinaria.* — L'O. riporta la sua esperienza su 1518 operati di svariate forme urologiche facendo rilevare come sulle sorprese post-operatorie, abbia influenza più la natura della malattia che ha determinato l'intervento, che la gravità e la tecnica dell'intervento stesso.

Parla della sua esperienza di ciascun metodo affermando di mantenere sopratutto la sua predilezione per la F. S. F., che per non essere influenzata da altri fattori, ha maggior valore prognostico.

Passa rapidamente in rassegna i suoi risultati e si ferma principalmente a rilevare le sue impressioni sul valore funzionale della pielografia endovenosa alla quale attribuisce molto valore morfologico, nessuno o quasi funzionale.

G. ONETO (Genova). *Cloremia e riclorurazione negli interventi chirurgici urologici.* — L'O. ha riportato lo studio di 18 ammalati operati per forme svariate dell'apparato urinario od in cui fu studiato il comportamento della cloremia in rapporto all'azotemia ed alla riserva alcalina negli stati pre- e post-operatori.

Ha trattato inoltre della riclorurazione di questi dimostrandone i benefici risultati.

M. PIGNALOSA (Milano). — *Il metodo Rehberg in chirurgia urologica.* — L'O. ha applicato il metodo di Rehberg allo studio della funzione renale, e, dopo accurate indagini, è giunto alla conclusione che la K. di Ambard è indubbiamente più sensibile, specie nei periodi iniziali di gravi affezioni.

C. RAVASINI (Trieste). — *Studio della funzionalità renale nei riguardi della chirurgia urinaria.* — L'O. riassume brevemente le sue esperienze nei riguardi dello studio della funzionalità renale in rapporto alla chirurgia urinaria. Egli si limita a praticare la prova dell'azotemia, quella con la fenolsulfonftaleina e con l'indigocarminio e dà importanza allo studio della funzionalità renale con l'urografia da eliminazione.

G. RIVA GRUGNOLA (Milano). — *La « Blood urea Clearence » in chirurgia urinaria.* — L'O. viene alla conclusione che la Blood urea Clearence, pur essendo una prova di funzionalità renale sensibile, non presenta alcun vantaggio nei confronti della Costante di Ambard, superiore ai fini pratici.

M. SORRENTINO (Napoli). — *La tensione del biossido di carbonio dell'aria alveolare quale indice di acidosi nell'esame della funzione renale.* — L'O. ricorda i suoi studi sulla tensione del biossi-

do di carbonio dell'aria alveolare, quale metodo di esame della funzione renale.

In oltre dieci anni di pratica del metodo, su l'esperienza di molte migliaia di osservazioni, può affermare la grande importanza della ricerca, per un valore intrinseco, e quale potenziatrice dei risultati delle altre indagini di funzione renale.

M. SORRENTINO (Napoli). — *Valore della cromocistoscopia nello studio della funzionalità renale ed ureterale.* — L'O. ricorda i suoi studi sulla cromocistoscopia, e mette in evidenza la reale importanza che detta indagine ha nello studio della funzione renale ed ureterale, sempre che sia praticata con rigorosa tecnica.

G. V. TARDO (Palermo). — *La prova della funzionalità renale nella pratica chirurgica ordinaria con particolare riguardo alla prova della F. S. F.* — L'O. si occupa dello studio della funzione globale renale e di quella dei reni separati, considerando l'eliminazione della F. S. F., l'azotemia e la K. di Ambard di cui fa una severa critica rilevando gli errori cui va soggetta.

Per dimostrare perchè in pratica manchi il parallelismo tra la K. di Ambard e la ftaleina, afferma che in casi patologici entrano in gioco fattori extrarenali tra cui, specialmente, la quantità di urina.

Per le urine separate, afferma che il débit di F. S. F. ha valore assoluto nel paragonare un rene sano con uno malato rilevando come, mentre i falsi débits ureici sono molto frequenti, in pratica quelli della F. S. F. si verificano quasi eccezionalmente.

G. V. TARDO. — *Ancora un parallelo tra i risultati dell'esame funzionale e le alterazioni dei reni asportati.* — L'O. illustra quattro casi clinici, due di calcolosi e due di tubercolosi renale nei quali fu eseguita la nefrectomia. In tre casi i risultati dell'esame funzionale, per quanto riguarda il valore residuo del rene malato, corrispondevano alle lesioni macroscopiche trovate nel rene stesso asportato; in un caso di tubercolosi invece sembrava che il parenchima fosse funzionante mentre il valore funzionale era quasi abolito. L'esame microscopico, come altre volte, ha dato ragione sempre ai risultati dell'esame funzionale rivelando estesissimi fatti infiammatori cronici.

F. VIRGILIO (Nicastro). — *Sopra alcuni criteri direttivi nella esplorazione della funzionalità renale con particolare riguardo alla prova con la F. S. F.* — L'O. sulla base di una statistica di 55 casi mette in rilievo l'importanza che, nell'esame funzionale del rene, hanno la cromocistoscopia, l'urografia endovenosa e la prova della F. S. F.

Egli afferma che, con queste tre prove in mano, si può con sicurezza stabilire una prognosi operativa, facendo a meno del cateterismo ureterale e della costante di Ambard. In molti casi anche una sola prova è sufficiente a risolvere soddisfacentemente il problema della operabilità, ma in generale sono necessarie le tre prove che si integrano a vicenda.

G. DODERO (Torino). — *L'indice ureico emato-urinario, la Costante di Ambard e l'azotemia nella valutazione funzionale dei reni.* — L'O. in base all'esame di 45 casi conclude:

1) l'indice ureico emato-urinario è un mezzo semplice poco soggetto a cause d'errore, abbastanza preciso, capace di valutare l'attività funzionale dei reni;

2) corrisponde entro limiti abbastanza stretti ai dati dell'azotemia e della K. di Ambard.

3) si può ritenere buono un indice tra 1,10 e 3, limite un po superiore al limite di Cottet.

S. R. WOODRUFF e MAC CARTHY (New York). — *I principai metodi in uso nel reparto urologico del « Post Graduate » Ospedale di New York, per l'esplorazione della funzione renale in relazione con la chirurgia urologica.* — Gli OO. in una interessante memoria rivendicano la priorità dell'impiego dei comuni testi di esplorazione renale (Fenolsulfonftaleina, indaco-carminio, concentrazione urinaria, iniezioni intravenose di sostanze che rendano opache le vie escretrici). Gli OO. danno un giudizio sopra il valore clinico di ognuna di queste prove, giudizio che concorda con quanto si pensa in Europa.

G. NISIO (Bari). — *Solfo minerale ed urea nel sangue degli urinari. Solfo acido e neutro dell'urina.* — L'O. ha studiato il comportamento del solfo minerale e dell'urea nel sangue e conclude che generalmente le prove si corrispondono, qualche volta lo zolfo rispecchia il vero, meglio dell'urea.

S'intrattiene poi a considerare il comportamento del solfo nell'urina, e precisamente dimostra come il reperto del solfo acido, esogeno è inverso a quello del solfo neutro che è endogeno trispulare.

La ricerca del solfo neutro, infine è preziosa per lo studio per la dimostrazione delle modificazioni dell'attività respiratoria dei tessuti, fattore importante per lo studio completo, funzionale e clinico del malato sopratutto e dell'operando.

A. L. BONANOME (Roma). — *La mia esperienza sui metodi d'indagine nello studio della funzionalità renale.* — L'O. vuol riportare il problema sul punto di vista pratico con la revisione dei metodi già sperimentati e discussi nel Congresso del '23 a Roma e del '27 a Bruxelles e col potenziamento dei metodi nuovi.

L'O. pratica nella sua clinica la costante di Ambard, la prova della poliuria provocata, quella della F. S. F., l'indacanemia, l'equilibrio acido-basico, la cloremia, valutandoli in base all'indagine clinica e discriminando i risultati delle varie prove. L'O. è dell'opinione di Young che i metodi di laboratorio sono un complemento dell'esame clinico e che tali esami debbono venire eseguiti perchè il non praticarli costituirebbe una grave colpa.

## Comunicazioni sul rene.

I. CHIOFALO (Messina). — *Comportamento dei reni in ratti alimentati con latte diluito.* — Avendo più autori sperimentato che l'alimentazione esclusiva con latte dà buoni risultati, l'O., partendo da questi dati, ha voluto a sua volta fare un esperimento con latte diluito, su 9 ratti, per vedere se il rene, costretto per un certo tempo ad abbondante eliminazione subisce modificazioni.

L'esame istologico comparativo non mette in evidenza alcun dato di ipertrofia glomerulare o di cellule epiteliche dei tubuli.

I. CHIOFALO (Messina). — *Sull'alternanza funzionale dei glomeruli.* — Vari autori (Chiron, Hil, Richard) hanno notato che la circolazione dei glomeruli non è continua. Ascoli ha esperimentato sulle cavie, iniettando per via endovenosa del litio carminio e sacrificando l'animale subito dopo ha trovato carminio nel 30 % dei glomeruli. L'O. ha ripetuto le esperienze dell'Ascoli su cinque ratti bianchi e nei preparati ha trovato che la distribuzione del carminio nei glomeruli è notevolmente ineguale, mentre alcuni si mostrano privi di carminio, altri invece sono ricchi della sostanza colorante. Facendo però sezioni in serie l'O. ha visto che è difficile poter notare che esistano glomeruli completamente privi di carminio. Per l'interpretazione dei reperti di patologia renale l'O. crede che il fatto, come è stato notato, possa essere interessante.

D. CIDDIO e MADDALENA (Roma). — *Sulla patogenesi dell'idronefrosi.* — Ad un gruppo di dieci conigli fu iniettata nella pelvi renale una goccia di soluzione di inchiostro di China (grammi 100 di soluzione fisiologica, grammi 5 di inchiostro di China). Contemporaneamente fu legato l'uretere.

Gli animali furono sacrificati da mezz'ora a 141, 30 ore, e fu osservato all'esame istologico del rene che il pigmento si trovava nei tubuli e nei glomeruli. Questi reperti fanno ritenere agli OO.: 1) che la via per la quale si compie il riassorbimento nelle idro-nefrosi sia la tubulare; 2) che il contenuto pielico nell'idronefrosi, ritornando in circolo, deve superare notevoli difficoltà.

G. LASIO (Milano). — *Contributo alla resezione del rene.* — L'O. comunica delle idee e dei metodi nuovi sulla resezione renale: detta operazione è conforme ai principii della chirurgia conservativa ed è possibile praticarla grazie agli elementi diagnostici che sono forniti dai metodi urografici.

L'O. ha potuto operare sei ammalati di resezione renale, ottenendo altrettante guarigioni in un caso di tumore benigno, due casi di cisti gigante, tre casi di piocalice calcoloso.

L'O. descrive la tecnica seguita, illustrando parecchie figure dimostrative.

P. LILLA (Livorno). — *Su tre casi di antrace renale.* — L'O. ha avuto occasione di osservare in breve tempo tre casi di antrace renale nei quali la sintomatologia era assolutamente quella di un comune ascesso solitario del rene. In due casi è riuscita la cura conservativa: escissione al termocauterio della massa del favo, con ottimo decorso successivo: nell'ultimo in cui si aveva per unico sintomo la presenza di cocchi nelle urine, l'estirpazione non fu sufficiente. Continuò il decorso febbrile tanto che in un secondo tempo fu dovuta praticare una nefrectomia.

G. NISIO (Bari). — *Sulla clinica dell'ipernefroma.* — Ricorda le note cliniche essenziali di questo neoplasma del rene, per illustrare poi un caso a decorso così atipico da essere sfuggito in tempo utile alla diagnosi giusta e quindi ad un utile trattamento.

R. RIZZI (Milano). — *Ricerche ematologiche nella tubercolosi renale. Loro modificazioni dopo la nefrectomia.* — L'O. ha eseguito una serie di ricerche ematologiche in ammalati affetti da tbc. renale, dalle quali risulta che per effetto delle tossine provenienti dal focolaio specifico si ha una profonda anemia dovuta ad emolisi ed iporigenerazione ematica. Dopo la nefrectomia si ha un netto miglioramento della crasi sanguigna fino al ritorno ai limiti normali dopo circa due mesi dall'intervento.

A. S. ROLANDO (Genova). — *Osservazione su 5 casi di blastoma renale.* — L'O. illustra tre casi di blastoma renale da lui operati con successo, nei quali gli indici funzionali dal lato leso erano soddisfacenti. In un caso, presentatosi a lui con ematuria unilaterale, ove la palpazione era negativa per tumore e la concentrazione ed il débit ftaleinico erano uguali dalle due parti, l'atto operativo dimostrò un carcinoma renale.

L'O. dimostra l'enorme difficoltà della diagnosi precoce di tumore renale. I mezzi moderni di indagine spesso non ci vengono in aiuto. Solo la lombotomia esplorativa può permettere un intervento precoce, cioè un'ectomia eseguita in condizioni favorevoli dal lato tecnico.

*(Continua).* Dott. A. OBERHOLTZER.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

**La diagnosi e la terapia dell'ipoglicemia spontanea.**

Il quadro clinico dell'ipoglicemia spontanea non è facilmente rilevabile, perchè, per lo più, è dato osservare solamente singoli sintomi. Si tratta spesso di debolezze passeggere, di tremori alle mani e alle ginocchia, di facile stancabilità, od anche di intense sensazioni di fame che appaiono a tratti, con desiderio particolare di alimenti dolci. Talvolta si hanno sintomi addominali: meteorismo, diarree, o manifestazioni psichiche, interpretate come nevrastenico-psicogene, tanto che i soggetti vengono definiti come dei banali « nervosi ».

Solo approfondendo l'anamnesi si potranno evitare degli errori diagnostici, tanto più che l'esame fisico del malato non offre nulla di particolare. La determinazione della curva glicemica e la prova di carico con glucosio dirimeranno infine i dubbi.

Un caso tipico di simile sindrome morbosa viene riferito da R. Kühn (*Münch. Med. Woch.*, 7 settembre 1934).

Nel suo malato, gli unici segni clinici furono quelli transitori di cardiopalmo e di debolezza muscolare durante il lavoro, la quale ultima veniva superata mangiando dei pani con burro.

La singolare sintomatologia dà occasione all'A. di rammentare i rapporti che intercorrono tra lavoro muscolare e produzione di insulina.

La cura consistette in somministrazione di abbondanti idrocarbonati nonchè di atropina è sali di calcio, allo scopo di influenzare il sistema vegetativo.

M. FABERI.

**La patogenesi dell'obesità.**

Come era da temersi, l'articolo di H. Bernhardt (*Med. Klin.*, 14 sett. 1934) non fa che complicare le nostre idee, già così incerte, sulla patogenesi dell'obesità.

Secondo questo A., infatti, non è possibile incolpare nessuna glandola endocrina. nè la tiroide, nè il pancreas, nè l'ipofisi, e nessuna influenza esterna (eccesso di alimentazione ecc.); a tutti questi fattori non può essere riconosciuto altro significato che quello di « fattori di secondaria importanza ».

Infatti l'obesità dipende dal disturbo della funzione dei centri regolatori del ricambio vegetativo, situati nel III° ventricolo; essi — se normali — compensano sempre qualunque disordine endocrino o esterno, e mantengono l'equilibrio del ricambio dei grassi.

Solo quando questi centri sono ammalati, direttamente o indirettamente, il compenso manca e l'obesità si manifesta.

Naturalmente, con queste nuove vedute, il problema della terapia dell'obesità diventa sempre più complicato.

V. SERRA.

**Trasformazione di una adiposità post-encefalitica con narcolessia e diabete insipido in magrezza.**

È noto come la disfunzione di una ghiandola a secrezione interna possa dare manifestazioni morbose di tipo diverso. Così, ad esempio, un ipopituarismo può provocare l'obesità patologica, mentre un apituarismo può provocare la cachessia e la magrezza. Viceversa nella letteratura esistono 3 soli casi, nei quali sia stato osservato il passaggio da una fenomenologia all'altra, nello stesso soggetto, e per la stessa lesione.

Un altro caso ne illustra ora F. Salus (*Med.-Klin.*, 31 agosto 1934), studiato in una donna di 32 anni, la quale aveva sofferto di encefalite letargica nel 1918, seguìta da obesità e narcolepsia e diabete insipido, senza parkinsonismo, con trasformazione in magrezza progressiva, tanto da perdere in 6 anni 46 kilogrammi di peso ed acquistare il tipo clinico della magrezza cerebrale.

La spiegazione patogenetica che crede di poter emettere l'A. è che il processo morboso, localizzato in un primo tempo ai centri diencefalici, siasi in seguito diffuso all'ipofisi. Tale ipotesi sarebbe convalidata dal fatto che, durante la trasformazione sintomatologica, il diabete insipido scomparve, per probabile deficienza dell'ormone del lobo ipofisario anteriore, stimolatore della diuresi.

M. FABERI.

**La terapia della magrezza.**

A. Oswald (*Schweiz. med. Wochens.*, 29 settembre 1934), quando non si ottengono risultati con le consuete cure d'ingrassamento, consiglia le iniezioni di insulina: 10 unità, due volte al giorno prima dei pasti; stare attenti alla possibilità di « shock » ipoglicemico, che va combattuto somministrando subito dello zucchero ed eventualmente con iniezioni di adrenalina.

Se la magrezza è di origine ipofisaria, somministrazione di preparati di ipofisi, che sono però molto cari.

In ogni caso di magrezza notevole, va ricercata accuratamente la causa e soltanto quando non si può mettere in evidenza nessun momento eziologico (non dimenticare la possibilità di un'ipertireosi latente, di un gozzo nodulare in degenerazione, di arteriosclerosi, di malattie del sangue) si può parlare di magrezza costituzionale.

*fil.*

**La dieta grezza.**

W. Heupke (*Mediz. Welt*, 1934, n. 15) riferisce che si ottengono risultati talora sorprendenti con la dieta grezza del diabete, negli edemi delle malattie cardiache, nelle malattie renali ed anche in casi di gastrite acuta; non

presenta nessun vantaggio in confronto della dieta ipoclorurata nell'ipertensione. Non è adatta come dieta continuata nel sano.

*fil.*

**L'alternanza del cuore negli ipertesi.**

È stato osservato che spesso, negli individui con alteranza del cuore, si ha iperazotemia, sicchè si è voluto vedere un rapporto fra i due fatti. È da escludersi un rapporto diretto, in quanto che non tutti gli individui con iperazotemia hanno alternanza e viceversa. Ad ogni modo, l'alternanza è da ritenersi un fenomeno molto frequente nella iperazotemia.

V. Chini e P. Stefanutti (*Cuore e circolazione*, agosto 1934) hanno studiato il problema della produzione di alternanza mediante la perfusione di sangue di individui ipertesi nel cuore isolato di anfibi ed hanno veduto che i sieri di iperazotemici esercitano un'azione tossica, analoga a quella dei così detti veleni alternogeni. In qualche caso, si sono osservati dei netti fenomeni di alternanza, ma soltanto col siero di individui iperazotemici che avevano essi stessi alternanza. Tali risultati prospettano la possibilità di una componente umorale anche nella patogenesi dell'alternanza umana.

*fil.*

**La respirazione artificiale nei disturbi cardiaci.**

E. Hassenkamp (*Münch. med. Wochens.*, 1934, n. 15) mediante esperienze con il processo di sottopressione di Brauer e la maschera di Kuhn; ha osservato che la respirazione artificiale provoca abbassamento della pressione venosa, il che dimostra un miglioramento nel circolo venoso. Il processo di sottopressione ha indicazioni nelle debolezze circolatorie, specialmente del ventricolo destro, nell'obesità con disturbi cardiaci, nel complesso gastro-cardiaco, nella stasi venosa con disposizione alla trombosi. Nei malati in forte scompenso, si dovrà dapprima somministrare la digitale. *fil.*

**Modificazioni del quoziente respiratorio in cardiopatici durante l'esercizio muscolare.**

Il problema della utilizzazione dei cardiaci nel lavoro è un problema sociale di grande importanza, che viene prospettato specialmente agli Stati Uniti e che è bene studiare dal duplice punto di vista dell'interesse individuale e generale.

R. Renosto (*Cuore e Circolazione*, maggio 1934) ha fatto delle ricerche che portano un contributo allo studio del problema, indagando il quoziente respiratorio in cardiaci compensati sottoposti ad esercizio fisico.

Questo determina una caduta del quoziente respiratorio, che va considerata come dovuta al fatto che non viene liberata dell'anidride carbonica. Tale ritenzione, in cardiopatici dispnoici è forse la prova più evidente dell'insufficienza polmonare dei cardiopatici. La ritenzione provoca l'intossicazione carbonica, da cui dipendono degli squilibri umorali, che determinano lo scompenso.

Risulta, pertanto, quanto si debba andare guardinghi nel permettere o prescrivere del lavoro a cardiopatici; ad ogni modo, nello studio del quoziente respiratorio, noi abbiamo un mezzo adatto per stabilire se un quoziente ipertrofico debba essere considerato, dal punto di vista della funzione, come un cuore normale.

*fil.*

**La terapia dell'insufficienza circolatoria periferica**

Questo argomento è stato oggetto di una seduta alla Soc. medica di Ginevra (cfr. *Schweizerische med. Wochens.*, 8 sett. 1934). Tale sindrome si ha principalmente negli «shock» (chirurgico, ostetrico), nelle malattie febbrili prolungate (tifoide), nelle perforazioni del tubo digerente ed in tutte le affezioni che irritano gli splancnici. Talvolta è da incriminarsi l'insufficienza surrenale, altre volte l'insulina, il coma diabetico o le ustioni.

Il malato è pallido, con placche cutanee di cianosi, fegato e milza aumentati di volume, polso filante, toni cardiaci lontani, talvolta con rumore di galoppo da ipotensione.

Frommel dà come indicazioni terapeutiche: la stimolazione del cuore specialmente nelle malattie febbrili, l'aumento artificiale della massa sanguigna (iniezioni di acqua salata, di soluzione di glucosio, che agiscono pure da stimolanti del cuore), la trasfusione di sangue.

Ma è soprattutto necessario combattere la paralisi vasomotoria periferica e stimolare i centri respiratori. Per il primo scopo, si consigliano: l'adrenalina (che non agisce che per poco tempo), la pitressina — lobo posteriore dell'ipofisi — (che ha l'inconveniente di contrarre anche le coronarie e di provocare la tachifilassi) l'efedrina e l'efetonina (che aggiungono anche la loro azione sui centri respiratori).

Lo stimolo di questi ultimi si ottiene con la canfora e con i preparati sintetici di azione analoga, ma di costituzione differente (cardiazol, coramina, ecc.).

Particolarmente utile è l'associazione dell'efedrina associata alla canfora.

*fil.*

## L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA.

**Nota sul trattamento di infezioni varie con le iniezioni endovenose di carbone animale.**

Nel gennaio 1934 Saint-Jacques, di Montréal, preconizzava un nuovo metodo di trattamento delle infezioni da cause varie con iniezioni endovenose di 3-4 cc. di una sospensione al 2 % di carbone animale finemente suddiviso.

H. Gaudier e Démarez (*Bull. de l'Acc. de*

*Méd.*, 3 luglio 1934) riportano i primi risultati degli esperimenti fatti con detto metodo su 25 casi scelti volontariamente in campi molto differenti: chirurgia, medicina, ostetricia. Essi hanno utilizzato una sospensione di siero glucosato isotonico del nero animale, che non è altro che una sospensione estremamente fine, impalpabile di carbone animale. Hanno provato le concentrazioni di 1, 2 e 3 per cento, adottando infine la seconda. Le dosi variavano da 2 a 3 e anche a 5 cc. per iniezioni quotidiane o a giorni alterni o a serie di due o tre divise da intervalli di tempo variabili.

Il trattamento è assolutamente innocuo. La iniezione è indolore, anche se un po' di liquido si spande a lato della vena, non dà alcuno choc immediato, non dà reazione termica.

In quasi tutti i loro malati gli AA. hanno notato, in seguito al trattamento con carbone animale, un abbassamento della temperatura di almeno mezzo grado che, nei casi favorevoli, si è mantenuto ed anche accentuato parallelemente ad un miglioramento clinico talora sorprendente.

Il carbone non sembra però agisca da antitermico; esso è inefficace se vi è ritenzione di pus, se si tratta di una infezione acuta che richiede un intervento strumentale qualunque.

Il metodo ha dato i migliori risultati nei processi infiammatori diffusi, in organismi incapaci di reagire.

C. Toscano.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Tumori filtrabili prodotti dal catrame.

Il rapporto fra tumori da catrame e tumori spontanei dei mammiferi è indubbio, mentre non è ancora chiara la posizione dei tumori filtrabili degli uccelli.

Nel 1923 B. R. G. Russell provocò col catrame dei sarcomi in ratti e nelle galline, ma nessuno di questi era trapiantabile; altri AA. riuscirono poi a produrre tumori da catrame e dai suoi derivati nelle galline. Nell'anno scorso J. Mc Intosh ha dimostrato che i tumori provocati da catrame negli uccelli sono trasmissibili per mezzo di filtrati privi di cellule. I tumori che egli ha ottenuto sono di differente tipo istologico, però ogni tipo si mantiene nei successivi passaggi.

C'è quindi una notevole similarità fra i tumori dei mammiferi e degli uccelli e la trasmissibilità coi filtrati indica che il catrame ha una parte relativa, non indispensabile, nella produzione del tumore. Se si pensa alla dimostrazione recente di una similarità fra la struttura chimica di questi filtrati e gli ormoni si può pensare che Mc Intosh abbia gettato così le prime travi di un ponte fra le teorie biochimica e da virus dell'etiologia dei tumori. (Così in un editoriale del *The Lancet*, 27 gennaio 1934).

R. Lusena.

## POSTA DEGLI ABBONATI

*La tossicità del gichero.* — Al dott. L. T., abbonato N. 7777.

Gli *Arum* (*maculatum* ed *italicum*) — in italiano gìcaro, gìchero o gìgalo — debbono la loro tossicità alle saponine che sono contenute in tutte le parti della pianta — radice, foglie, frutti —. Le foglie contengono anche acido ossalico.

Le saponine determinano: vomito, emolisi, fatti infiammatorî dell'intestino e paralisi del sistema nervoso. Il fatto essenziale è la emolisi, dovuta all'affinità che le saponine hanno con la colesterina, per cui ne viene turbato il normale equilibrio delle combinazioni protoplasmatiche. Probabilmente all'emolisi va riferita la cachessia che ella ha osservato nel bambino morto in seguito ad ingestione di bacche di *Arum*.

Fortunatamente, l'ingestione di *Arum* non sempre determina fenomeni tossici, poichè la mucosa intestinale si oppone al loro assorbimento.

Gli *Arum* erano usati nella medicina antica fin dai tempi di Galeno. Il loro rizoma costituiva, un tempo, il materiale più usato per la preparazione dell'amido a scopi farmaceutici. La lavatura asporta la saponina ed è per questo che il Mattioli consiglia, nella preparazione dei decotti di *Arum* di gettare la prima acqua.

L'*Arum esculentum* è molto usato ai tropici come nutrimento e fornisce una fecola nota in Inghilterra col nome di Portland-Arrowroot. Anche il rizoma delle specie nostrane veniva mangiato e così pure le foglie, forse per il sapore acidulo dato dall'acido ossalico.

Altre applicazioni degli *Arum* nella medicina antica si facevano per uso esterno (mescolato con sterco di bue per « le podagre ») ed interno; il decotto del rizoma venne essenzialmente utilizzato come espettorante (contenuto in saponine). Le bacche — a cui il Mattioli attribuisce un sapore « acuto » — triturate con vino si somministravano per provocare i mestrui e le « secondine ». In generale nel volgo si attribuiscono alle bacche proprietà venefiche e, come dimostra il suo caso, non a torto. *fil.*

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

*Società Italiana di Beneficenza in Buenos Aires.* Esercizio 1933-34. Rendiconto amministrativo. Dati statistici e Statistiche mediche. Ospedale Italiano. Asilo dei cronici e convalescenti. Amministrazione pensioni di guerra. — Buenos Aires, 1934.

G. Lucarelli. *La tubercolosi tibio-astragalica e del tarso.* — F. Vallardi, Milano, 1934.

P. Piccinini. *Talassoterapia. Sua importanza scientifica e pratica.* — Tip. Cordani, Milano, 1934.

L. Parziale. *Su di un caso di eritema polimorfo essudativo con complicanza di polineurite.* — Tip. Studium, Napoli, 1934.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Pletora medica nel regno ed immigrazione di medici stranieri.

Riproduciamo in sunto l'articolo pubblicato, con questo titolo, dal prof. G. B. Allaria su « La Scuola Superiore », 1934, N. 2.

La disoccupazione dei medici in Italia che da tempo preoccupa i tecnici, non è ancora avvertita dal pubblico il quale continua a vedere soltanto gli « arrivati » e da questi prende la spinta per indirizzare i giovani licenziati dal liceo, verso le Facoltà mediche.

Eppure le difficoltà che i nuovi laureati in medicina incontrano nella ricerca di una posizione economica, sono venute moltiplicandosi in questi ultimi anni.

Nel Regno, come pubblicava l'on. Morelli, segretario nazionale del sindacato fascista dei medici (« Le forze sanitarie » 30-VIII-1932, X) ogni anno vengono laureati nelle Università circa 2.000-2.200 nuovi medici, mentre i vuoti annui che possono essere colmati, non oltrepassano la cifra di 900-1000.

Sono dunque almeno mille giovani medici italiani che ogni anno vengono ad accrescere il numero dei « disoccupati » e questo numero non accenna a diminuire per ora: le Facoltà mediche continuano ad essere affollatissime, forse le più affollate tra le facoltà universitarie del Regno.

Ne viene che il numero dei medici supera di gran lunga il fabbisogno del Paese e che l'Italia è uno degli stati dove il quoziente « popolazione: medici » è minore.

Il fenomeno è comune in tutti gli stati principali; l'Ufficio internazionale del lavoro (Ginevra 1933) porta le cifre seguenti (la prima colonna dà il numero assoluto di medici e la seconda il numero medio di abitanti per ogni medico):

| | | |
|---|---|---|
| Inghilterra | 53.769 | 822 |
| Norvegia | 1.500 | 1.067 |
| ITALIA | 34.350 | 1.218 |
| Svizzera | 3.234 | 1.231 |
| Ungheria | 6.742 | 1.290 |
| Estonia | 837 | 1.326 |
| Germania | 47.000 | 1.344 |
| Danimarca | 2.450 | 1.469 |
| Francia | 27.000 | 1.509 |
| Olanda | 4.876 | 1.543 |
| Lussemburgo | 180 | 1.556 |
| Belgio | 3.200 | 2.344 |
| Svezia | 2.200 | 2.744 |
| Bulgaria | 1.700 | 3.059 |
| Polonia | 8.804 | 3.322 |
| Jugoslavia | 3.700 | 3.568 |

L'Italia è dunque uno dei tre stati che più soffrono della pletora di medici.

Anche se misure restrittive o limitazione spontanea di iscrizioni alle Facoltà mediche negli anni venturi, producessero una diminuzione di numero dei laureati nel futuro, tuttavia il numero di medici attualmente disoccupati è così stragrande che per anni si conserverebbe lo squilibrio fra domanda e richiesta nella professione.

Le cause della pletora medica sono parecchie.

La ressa dei giovani nelle Facoltà mediche avviene periodicamente e entro certi limiti, in senso inverso che nei politecnici: quando l'industria entra in periodo di minore rendimento, la massa dei giovani devia verso quelle professioni che appajono loro più sicure economicamente, salvo poi a rifluire nelle scuole industriali appena l'industria si riprende. È un fenomeno che varie volte ho osservato nella mia vita.

Poi entra in causa il forte miglioramento della sanità pubblica che ha fatto fortunatamente diminuire grandemente il numero dei malati; (si consideri soltanto la scomparsa di certe malattie infettive le quali una volta tormentavano estesamente e terribilmente le popolazioni, la diminuzione numerica e la brevità di decorso di certe altre, ecc.).

Poi ancora una lenta ma fatale trasformazione del tipo di assistenza per cui oggidì molto più spesso e più facilmente il pubblico ricorre agli istituti di cura invece di affidarsi al medico privato; indirizzo dovuto a varii motivi:

— alla minore capacità economica media attuale del pubblico;

— alla attrezzatura sempre più perfetta delle opere pubbliche (ospedali, astanterie, ambulatori, ecc.) in rapporto con le maggiori esigenze della diagnostica e della terapia e quali difficilmente può avere il medico di famiglia;

— all'attenuazione di quel sentimento di ritegno e di diffidenza che una volta la massa della popolazione sentiva contro le istituzioni pubbliche di assistenza.

Forse questa trasformazione è una vera rivoluzione nei costumi, un avviamento ad un nuovo ordine di cose nell'assistenza sanitaria. Ma intanto la conseguenza scottante è una seria diminuzione di lavoro di cui sono vittime i medici adesso e nel prossimo futuro.

Cosicchè accanto ad un numero di medici occupati (che non si accresce), esistono attualmente numerosi altri medici disoccupati o che vivono a lumicino, stentatamente, tanto che parecchi si sono indotti a cercare perfino impiego rimunerato nelle industrie e nel commercio attinente alla medicina.

Donde il quadro realistico nella sua tristezza che leggiamo nel simpatico e vivace periodico « Libro e moschetto » (nota di P. Pavesi e M. Conti) di una situazione la quale si fa sempre più penosa per un numero grande di medici.

Se si potessero narrare i drammi intimi che noi vediamo nei nostri allievi, anche fra i più distinti!

Usati per una infinità di mansioni gratuite alle quali si prestano con tutto l'animo loro (poichè è

in essi altamente sviluppato il sentimento di civismo), questi si trovano ad essere di peso ai parenti ed hanno l'ostacolo finanziario insormontabile alla formazione della propria famiglia ch'è l'ideale intimo di ogni Italiano, trovando sbarrate le strade, malgrado la modestia delle loro aspirazioni e la loro buona volontà di lavorare e la profonda capacità e preparazione.

* * *

Per superare la crisi di disoccupazione fra i medici, molto si discute in Italia, non di rado anche senza la necessaria preparazione e competenza; rimedi, proposti ed attuati più o meno in altri stati sono ad esempio: la limitazione del numero massimo di iscrizioni ai corsi di medicina — la diminuzione di numero delle università — la chiusura transitoria di esse — il prolungamento degli anni di studio clinico dopo la laurea — la chiusura degli albi professionali. Ma *un rimedio limitativo efficace il quale non leda i diritti dei singoli cittadini, non è stato tuttora trovato.*

Recentemente ho letto di una proposta per lenire la disoccupazione: che vi sarebbe oggi posto per diecimila medici disoccupati se venissero retribuiti i 5296 medici che ora prestano servizio gratuito nell'O. N. Balilla ed i medici che prestano servizio gratuito nell'O. N. Maternità e Infanzia e nelle Federazioni sportive; si aggiunge che vi sarebbe posto per altri duemila medici nelle Casse mutue e per altri duemila nelle missioni di Propaganda Fide!

Ma in questa proposta sono state calcolate le conseguenze finanziarie di una tale « leva in massa » di 14.000 nuovi medici? In un Paese dove il rapporto numerico tra medici e popolazione è fra i maggiori (come risulta dalle cifre che ho riferito)? Rapporto significante che questo numero di medici è eccessivo per i bisogni reali della popolazione? Poichè non bisogna dimenticare che i posti retribuiti vanno assegnati secondo le necessità dell'assistenza sanitaria e non per il desiderio di dare occupazione ai disoccupati.

Secondo che i predetti 10.000 medici del primo gruppo venissero occupati parzialmente (cioè con possibilità di clientela) od esclusivamente, potremmo calcolare un emolumento annuo individuale rispettivamente di L. 5000 o di L. 12.000 (non credo che siano cifre esagerate): ne verrebbe un onere rispettivamente di cinquanta milioni o di centoventi milioni di lire all'anno da ripartirsi fra l'O. N. B. e l'O. N. M. I. Data l'entità nota dei bilanci delle due O. N. ne viene che una tale proposta diventa inattuabile.

A parte la propaganda sulla crisi economica dei medici per indurre il pubblico a moderare spontaneamente l'iscrizione di studenti nelle Facoltà mediche, il rimedio più studiato ed energicamente applicato all'estero è *la difesa dei medici concittadini contro la invasione dei medici stranieri.*

E da noi?

Le nostre Università sono molto frequentate da stranieri regolarmente iscritti.

La stragrande maggioranza degli studenti stranieri nelle nostre Università è iscritta alle Facoltà di medicina: di 1851 iscritti nel 1932-33 il 64 % appartiene alle Facoltà mediche, vale a dire 1185! Cosicchè per ogni 100 laureati in Medicina in Italia 15 sono stranieri!

La proporzione viene aumentando, se in tutte le Università del Regno avviene quel che leggo avvenire a Modena, dove sui 284 iscritti nel 1933-34 (quasi tutti Polacchi, Romeni e Ungheresi), 261 sono iscritti in Medicina = il 92 % (cfr. « La scuola superiore » anno 1° n. 12). Dei rimanenti, 22 sono studenti di farmacia ed uno solo di scienze.

Se noi facciamo astrazione dalla Università del Sacro Cuore in Milano, credo di non esagerare affermando che *la quasi totalità degli stranieri nelle nostre Università appartiene alle Facoltà di medicina.*

Dinanzi a queste cifre impressionanti che significano una vera invasione di medici stranieri in Italia, dobbiamo analizzare i fattori del fenomeno il quale non ha riscontro nella storia del Regno.

Già prima della guerra, medici stranieri immigravano in Italia, ma era un fenomeno « di stagione »; erano pochi medici i quali si dedicavano alla cura dei loro connazionali durante il soggiorno di questi nelle nostre stazioni climatiche in Riviera e altrove; nè la nostra legge proibiva tale occupazione periodica. Rari erano invece gli studenti stranieri iscritti regolarmente nelle Facoltà mediche.

La frequenza di iscrizione di studenti esteri in Medicina e di immigrazione di medici fra noi è venuta aumentando in modo impressionante dopo la guerra.

Spostamenti territoriali conseguenti alla guerra, rivolgimenti spirituali, diversa distribuzione della ricchezza, crisi industriale e commerciale, hanno sconvolto i paesi di loro origine, nè questi hanno raggiunto ancora un assestamento tollerabile.

È noto pure che in alcuni paesi gli Ebrei sono veduti più o meno come estranei. Momenti che rendono difficile a una quantità di giovani l'acquisto di una posizione economica in patria.

Aggiungasi forse il numero scarso di Università in certi paesi, il numero eccessivo di medici in confronto colla richiesta, l'adozione del « numerus clausus » che colpisce di preferenza i meno benevisi: gli Israeliti.

La massa esuberante di giovani di questi paesi cerca, com'è umano, scampo all'estero e, respinta più o meno larvamente ma inflessibilmente altrove, si dirige verso l'Italia, solo paese dove trova facile l'ambiente ai proprii fini.

Ai fattori negativi che essi incontrano in casa loro e che li respingono dagli altri stati, si aggiungono dunque dei fattori positivi per istradarli verso di noi.

Premetto che da questa breve mia trattazione esula ogni intenzione di esercitare critiche o di formulare giudizi su quanto avviene all'estero in questo tema; nè vorrei che le mie parole fossero

interpretate come di significato meno che rispettoso verso altre Religioni che non la mia: in Italia non esiste, nè deve esistere una questione anti-semita; è freno a ciò la antica e profonda civiltà nostra; fra di noi esistono soltanto cittadini tutti uniti politicamente, anche se di diversa fede religiosa.

Continuiamo l'esame del fenomeno.

*Perchè dunque la patria nostra è fra tutti gli stati, prescelta come sede di questi emigrati affollanti le Facoltà mediche?*

Alla loro venuta non è estranea l'attrattiva del nostro Paese, ricco di bellezze climatiche ed artistiche e cinto dell'aureola di una storia che non ha pari nel mondo.

Vi concorre sicuramente la pace e la sicurezza creata dal Fascismo, nonchè il tradizionale cortese rispetto della popolazione verso gli stranieri; aggiungo la bontà delle nostre istituzioni didattiche.

Ma non illudiamoci troppo; gli studenti stranieri vengono fra di noi perchè ne hanno il tornaconto economico presente e futuro: « ubi bene, ibi patria ».

Per lo stesso motivo essi prescelgono nella quasi totalità lo studio della medicina, come quella ch'è scienza universale, facilmente comprensibile anche senza la padronanza profonda della nostra lingua e che professionalmente è esercitabile in tutti i paesi, donde l'idea che più facilmente dia la posizione economica in avvenire.

Si aggiunga il fattore specifico italiano delle notevoli agevolezze che Governo ed enti locali offrono agli immigrati stranieri nelle Università del Regno.

Alle facilitazioni governative, finanziarie e legali, si aggiungono le agevolezze sociali ed economiche locali, quali ad esempio le mense e le case degli studenti, aperte anche a quelli stranieri senza distinzione di nazionalità, di religione e di razza.

È questo favorevole insieme di ambiente italiano che viene segnalato all'estero da una, direi, spontanea rete di mutua informazione, quasi di « mutuo soccorso » che vige fra l'immenso numero di giovani sbalestrati nel turbine del mondo dalle condizioni generali del dopo-guerra e dalle difficoltà nazionali a determinati gruppi etnici o religiosi o politici.

Il peso della concorrenza dei medici stranieri laureati in Italia che grava sui nostri allievi, si è accentuato per il fenomeno al quale ho accennato, dell'invasione di un numero enorme di medici israeliti tedeschi i quali, impediti in patria nel loro lavoro professionale, sanno che l'Italia è il *solo*, paese nel quale gli stranieri possono ottenere la convalidazione della laurea e il permesso di esercitare la medicina.

Siccome i governi degli altri stati sono corsi ai ripari contro la minaccia di una seria concorrenza ai medici locali, i medici tedeschi profughi si sono incanalati nella sola via aperta: l'Italia, perchè l'Italia sola accorda loro con tutta facilità non soltanto la convalidazione della laurea, ma pure il diritto di esercitare la professione nel Regno.

* * *

Queste premesse mi suggeriscono due domande, come Italiano:

*a)* quali vantaggi ha l'Italia col favorire gli stranieri più degli Italiani come studenti in medicina, e colla convalidazione della laurea straniera in medicina?

*b)* quali agevolezze e quali condizioni di reciprocità godono gli studenti in medicina italiani ed i medici italiani all'estero?

*A)* Incominciamo con la prima domanda:

— *Concorrono i medici stranieri immigrati ad accrescere il patrimonio scientifico italiano e ad innalzare il livello della coltura medica italiana?*

No! — rispondo subito. Essi appartengono al tipo colturale medio, per niente superiore a quello medio dei colleghi italiani; nessun contributo positivo alla scienza in Italia, nessun vantaggio colturale per noi.

— *Concorrono ad aumentare la ricchezza della patria nostra?*

No! — rispondo subito. Anzi essi ottengono profitti economici e riescono ad occupare posti rimunerati i quali spetterebbero ai nostri laureati, molti dei quali oggi sono disoccupati. Danno economico e morale, dunque, grave!

— *Vengono forse perchè attratti dalla possibilità di farsi una coltura maggiore da noi che nei loro paesi?*

No! — rispondo subito. Oggidì è eguale in tutte le Università principali del mondo il sistema didattico per la preparazione indispensabile all'esercizio professionale della medicina.

Una piccola minoranza in realtà viene nei nostri istituti universitari (come già prima della guerra) per apprendere metodi e dottrine speciali; questi pochi ritornano sempre a casa loro dopo un non lungo soggiorno da noi, lasciando quì un gradito ricordo degli ospiti stranieri e portando nelle loro patrie la simpatia per la patria nostra. Questi pochi sono perciò esclusi dalla mia trattazione.

Non illudiamoci che la iscrizione della quasi totalità degli stranieri nelle nostre Facoltà mediche sia conseguenza di un primato scientifico italiano; nè dobbiamo interpretare questa calata di numerosissimi stranieri come un ritorno alla tradizione medievale delle Università italiane, quando l'Italia era il faro di luce fra le tenebre d'Europa. Non ricamiamo!

Il momento che produce la numerosa calata è assai più materiale: sono le agevolezze legali ed economiche, è la notizia diffusa all'estero della facilità con cui in Italia si possa conseguire la laurea e convalidare quella straniera e niente altro. Notizia che trae con sè la leggenda che la laurea italiana richieda una preparazione più moderata... Pur troppo questa credenza, che non risponde a verità, corre all'estero!

Gli studenti italiani non acquistano la laurea in medicina e il diploma di stato se non dopo una

severa preparazione universitaria; noi siamo esigenti, giustamente esigenti prima di concedere ai nostri candidati i due titoli dai quali dipende la sanità della popolazione del Regno.

— *Ottenuta direttamente la laurea o convalidata quella estera, ritornano i medici stranieri via d'Italia?*

— No! — rispondo subito. L'esperienza mia, le notizie avute dai miei colleghi di altre Università, il grido d'allarme che si estende in tutto il paese provano che la maggioranza di questi numerosissimi stranieri immigra con tutta la ferma intenzione di farsi in Italia la propria posizione economica. Gli studenti stranieri che a centinaia si laureano in Italia, sanno di non potere esercitare la medicina in casa loro, sia per ostacoli politici, sia perchè la laurea italiana non è riconosciuta legalmente negli stati dai quali vengono.

Alla massa di questi medici tedeschi ed all'altra falange di stranieri centro-orientali (Polacchi, Romeni, Ungheresi) iscritti nelle Facoltà mediche del Regno, si aggiungono quelli che « girano la situazione » venendo a frequentare le nostre cliniche e che durante il soggiorno fra di noi, brigano per piantare definitivamente la tenda in casa nostra appena il vento sia loro propizio; fra questi, taluni abili, intriganti, finiscono per ottenere, mediante raccomandazioni e protezioni, posti privati retribuiti, muovendo a pietà (è la verità) i dirigenti e mostrandosi dotati di un meraviglioso adattamento iniziale ai patti modesti.

Poi viene l'assalto al conseguimento della cittadinanza italiana.

*B*) Veniamo alla seconda domanda.

Di fronte a questo trattamento « di favore » che gli stranieri godono in Italia come studenti di medicina e come medici professionisti, si impone il quesito: *quale sia il trattamento che all'estero godono i cittadini italiani per gli stessi scopi.*

La risposta corrisponde a quanto gli altri stati hanno attuato per la difesa dei loro medici anche contro quelli tedeschi e centro-orientali fuorusciti.

Fra tutti gli stati esteri, l'Inghilterra sola ha una convenzione coll'Italia per regolare in via di reciprocità l'esercizio professionale dei medici dei due paesi, nei rispettivi territori.

Questa convenzione è stata stipulata il 21 maggio 1925 ed approvata dal governo italiano con R. D. L. 18 giugno 1925 n. 1489.

È questo il solo caso di reciprocità fra l'Italia e stati esteri; se nonchè ogni medaglia ha il suo rovescio. Non so quanti medici, cittadini italiani ed inglesi, abbiano fruito di questa convenzione; ma mi si riferisce che in questo patto il diavolo ci abbia messo la coda: che cioè dei medici stranieri (che non avrebbero potuto conseguire la laurea inglese), conseguita invece la laurea italiana (o direttamente o per convalidazione), siano riusciti ad emigrare in territori (colonie) soggetti alla Gran Bretagna e colà esercitare legalmente la medicina!

È ciò interesse dei medici italiani? È dignitoso per la nostra bandiera o non è la traduzione pratica del vecchio proverbio di « cavare le castagne dal fuoco per gli altri »?

Ricordino gli Italiani che la massa di stranieri, quasi tutti centro-orientali d'Europa, non vengono per i begli occhi della patria nostra; ricordino che la facile ospitalità che noi diamo a questi postulanti esteri coll'accordare loro non solo la laurea ma pure l'esercizio professionale (con facilitazioni che sono una stridente sperequazione per i nostri studenti e medici) è interpretata come una buona occasione da sfruttare mentre sono in tempo.

* * *

Riassumendo: mentre i medici italiani incontrano difficoltà per il conseguimento o per la convalidazione della laurea all'estero ed ostacoli pressochè insormontabili per l'esercizio professionale fuori dei confini della patria, numerosissimi stranieri impediti nello studio e nell'esercizio della medicina nelle patrie loro, (specialmente israeliti polacchi, romeni, ungheresi, tedeschi), trovando un « veto » assoluto negli altri stati, immigrano in Italia, solo porta aperta per il conseguimento della laurea (con agevolazioni preferenziali in confronto con gli studenti italiani), per la convalidazione delle lauree estere e per l'esercizio professionale, con grave danno dei medici italiani e senza vantaggi morali, colturali, e materiali per la patria nostra.

Di fronte alla infiltrazione che dilaga per tutto il paese, di giovani medici stranieri i quali, non per migliore ingegno o per più profonda coltura o per altri meriti, ma per la negatività della nostra legislazione, per speciali riguardi di dirigenti italiani, per raccomandazioni, ecc., riescono ad insediarsi fra di noi, incomincia finalmente, benchè tardi, a riconoscersi la necessità di tutelare la posizione morale ed economica dei medici italiani, facendo anche da noi quello che assai più tempestivamente si è fatto in tutti gli altri stati per la difesa dei medici proprii.

Due anni fa il periodico universitario « Libro e moschetto » aveva condotto una campagna attivissima la quale corrispondeva al sentimento ed al desiderio dei nostri studenti dinanzi alle strane preferenze per quelli stranieri; il periodico chiedeva un protezionismo legale, pratico e giusto.

Parecchie altre note sono apparse nei periodici quotidiani (vedasi ad esempio quella del prof. Palazzi nel « Regime Fascista »).

Numerosi sindacati medici (primo, credo, quello di Perugia) e parecchi ordini dei medici hanno segnalato il pericolo e chiesto rimedi a tutela dei medici italiani e questo grido d'allarme e di invocazione si è ormai esteso in tutto il paese.

Seguirono l'esempio varie associazioni mediche; così il presidente della società italiana di pediatria, interpretando l'animo dei pediatri italiani, inviava un memoriale a S. E. il Ministro della Educazione Nazionale.

Parecchie Facoltà mediche del Regno hanno ripetutamente discusso la spinosa questione ed

hanno informato il Ministero della Educazione Nazionale sulla necessità di disciplinare più severamente l'iscrizione degli stranieri nelle Facoltà stesse e di arginare l'abilitazione all'esercizio professionale dei medici stranieri in Italia.

Anzi, mentre attendono gli invocati provvedimenti legali per parte del Governo, le Facoltà, smessa la eccessiva indulgenza, hanno incominciato ad arginare la indesiderata invasione straniera, adottando quei mezzi difensivi che la legge nostra permette: così la Facoltà di Torino recentemente deliberava di accordare la convalidazione della laurea a parecchi medici tedeschi sub conditione di superare tutti gli esami del secondo triennio e quello di laurea (pur troppo questi postulanti, vista la richiesta, se ne andarono ad un'altra Facoltà la quale, se è vero quanto mi si è riferito, avrebbe accordata sic et simpliciter la convalidazione!). Così la Facoltà di Pisa, più conseguente ancora, respingeva regolarmente tutte le domande di medici stranieri tendenti ad ottenere la equiparazione della laurea per rimanere nel Regno ad esercitare la professione (cfr. « Le forze sanitarie » 1934-XII, pag. 846).

Qui bisogna distinguere i due argomenti:

— il conseguimento ed il convalidamento della laurea;

— l'abilitazione all'esercizio professionale della medicina nel Regno.

*A*) Per il primo scopo, ben vengano i giovani stranieri se realmente sono attratti nel nostro Paese per amore di esso, per la speciale stima della nostra civiltà, della nostra coltura e della serietà e profondità della preparazione alla medicina.

Ma si limiti la venuta a questi ospiti graditi; si eviti l'aggiunta dei nondesiderabili stranieri i quali ricorrono alle nostre Facoltà mediche come ad un refugium, perchè respinti dalle patrie loro, perchè non accettati negli altri stati, perchè soltanto in Italia avrebbero la possibilità di « arrangiarsi » con relativo buon mercato, a scapito dei nostri laureati.

Per ottenere questa purificazione, necessaria per la dignità nazionale, incominciamo a togliere le ingiustificabili facilitazioni finanziarie universitarie agli stranieri, seguendo l'esempio degli stati esteri. Se non si vuole arrivare all'opposto, si iscrivano gli stranieri almeno colle stesse tasse e sopratasse universitarie che sborsano le famiglie italiane per i loro figli.

Poi si esiga che questi stranieri studino la nostra lingua e la nostra civiltà, se vogliono diventare degni della laurea italiana. Quando si pensi che non pochi stranieri acquistano la laurea italiana quasi senza conoscere la nostra lingua, digiuni di una sufficiente preparazione colturale generica italiana; che anzi la insufficiente conoscenza della nostra lingua potrebbe essere un manto molto utile per mascherare la insufficiente preparazione scientifica!

Poi si tolga agli stranieri la possibilità che la laurea ottenuta sia titolo sufficiente per l'abilitazione all'esercizio professionale in Italia, come è in atto in tutti gli altri stati.

Quando si sarà provveduto a queste tre misure allora assisteremo ad una notevole diminuzione di stranieri nelle nostre Facoltà mediche, ma la minore quantità sarà tutta a vantaggio della qualità migliore. Avremo allora gli ottimi, gli amici veri della patria nostra i quali, laureati, ritorneranno nei loro paesi a portare la nostra coltura, a diffondere la nostra civiltà ed il legame di simpatia per la patria nostra.

E la laurea italiana in medicina riprenderà alta la stima internazionale.

*B*) Il secondo argomento è quello scottante, quello che reclamano equamente i medici italiani.

È invero dignitoso per noi affidare a numerosi medici stranieri la salute dei cittadini italiani, senza che abbiano la necessaria coltura italiana e senza che abbiano dato prova sicura dell'attaccamento alla patria nostra?

È equo che numerosi medici stranieri vengano ad occupare le posizioni economiche che spetterebbero a quelli italiani ora che questi soffrono di una estesa disoccupazione? E senza alcuna speranza di reciprocità nei paesi loro?

È giusto che i nostri giovani medici, dopo avere fatto tanti sacrifici di denaro e di lavoro, cerchino la posizione sognata e la trovino occupata da stranieri favoriti dalla legge nostra?

Se da noi non ci fosse la disoccupazione medica estesa, se la sistemazione economica di tanti medici stranieri: tedeschi « non ariani » e centro-orientali, non fosse di ostacolo al raggiungimento della posizione economica di quelli italiani, ebbene, essi sarebbero i benvenuti: il popolo italiano non ha mai conosciuto quei sentimenti meschini delle nazioni meno evolute, che sono la xenofobia e l'antisemitismo; la nostra civiltà è troppo antica e superiore per nutrire tali sentimenti.

Tutti coloro che lavorano onestamente e che rispettano sinceramente la patria nostra, hanno fra noi piena ospitalità.

Ma il disagio economico attuale dei medici è uno dei più serii ed è equo pretendere che prima degli stranieri, abbiano diritto di sistemarsi i cittadini i quali hanno sacrificato i lunghi anni della giovinezza, gli anni più belli della vita nella preparazione ad una posizione dignitosa, anche modesta; posizione che li metterà in grado di ademipiere quella missione sanitaria che il Duce ha additato nel suo memorabile discorso ai medici italiani.

Il governo ha incominciato a mettere qualche freno alla corsa degli stranieri verso la professione medica in Italia.

Ha abolito l'esenzione totale delle tasse universitarie; ma ha conservato agli studenti stranieri il privilegio di essere dispensati dal pagamento di metà di quelle.

Ha imposto loro di presentare la domanda di

ammissione alle Università del Regno per il tramite dell'autorità consolare italiana del luogo di provenienza (con le debite informazioni morali e politiche).

Ha dato alle Facoltà il potere di esigere, se credono, una prova di conoscenza della lingua italiana.

I mezzi adottati all'estero e che i nostri medici chiedono per la loro difesa economica e morale sono parecchi e di diversa portata.

Cerchiamo di riassumere i più significativi:

I) *Il riconoscimento della validità dei titoli accademici esteri per l'iscrizione alle Facoltà italiane dev'essere devoluto al Ministero dell'Educazione Nazionale*, il quale giudichi secondo un principio unico e non sia lasciato al parere delle singole Facoltà;

II) *Siano gli studenti stranieri parificati negli oneri universitari agli studenti italiani per il fine della laurea.*

Vale a dire:

— subiscano una prova preventiva di coltura e lingua italiana, se pure non sia meglio imitare altri stati che esigono ch'essi sostengano l'intero esame di licenza liceale (maturità classica);

— versino tutte le tasse e sopratasse che durante gli studi universitari versano le famiglie italiane per i loro figli.

III) *Per la convalidazione delle lauree estere in medicina sia d'obbligo sostenere tutti gli esami speciali e quello di laurea indicati dagli statuti universitari italiani.*

È quanto si esige all'estero per i medici stranieri che chiedono la convalidazione della laurea loro (salvo particolari limitazioni di secondaria importanza negli esami di profitto).

IV) *Si adotti il metodo della reciprocità per la concessione della laurea e per il permesso dell'esercizio professionale.*

Ciò sarebbe pura giustizia. Finora, come ho notato prima, l'Inghilterra sola ha un trattato di reciprocità con l'Italia per l'esercizio professionale dei rispettivi medici. Ma è necessario (se ancora non esiste) che essa *sia limitata ai medici cittadini dei due stati contraenti* e non possano beneficiare di essa quei medici stranieri i quali vengono ad acquistare la convalidazione o a prendere direttamente la laurea in Italia, secondo quanto ho detto prima.

Al di fuori dell'Inghilterra, nessun altro stato ha reciprocità di trattamento legale coll'Italia per la professione medica.

Non credo sia semplice ottenere la reciprocità legale delle lauree in medicina per l'esercizio professionale con quegli stati nei quali si dà una preparazione universitaria egualmente severa come la nostra: difficoltà diplomatiche e burocratiche, resistenze di interessi nazionali, influenze politiche ne rendono molto difficile la conclusione.

Per noi si aggiunge un argomento serio: gli stati esteri trovando in Italia tutte le facilitazioni possibili per i loro medici, senza che l'Italia abbia mai chiesto la reciprocità, non hanno alcun interesse a modificare uno stato di cose così favorevole ad essi.

V) *L'esercizio della professione medica, così delicata, non soltanto sotto l'aspetto sanitario, ma pure dal lato morale e politico, dev'essere riservata ai medici cittadini italiani.*

È quanto proclamava già da tempo addietro il periodico « Libro e moschetto » e quanto è aspirazione generale negli ambienti medici italiani. È la sola provvidenza che, come ben si comprende, assicura la difesa integrale dei medici nostri contro la invasione di quelli stranieri; nè è da temere proteste di stati esteri, essendo questa misura già in atto presso di essi.

VI) *Perchè la limitazione professionale ai soli studenti italiani abbia reale efficacia contro la pletora medica, è necessario che abbia valore retroattivo.*

E questo almeno dall'ultimo triennio; da quando si è accentuata in modo allarmante la immigrazione dei medici e studenti esteri.

Sono questi che ho riassunto, i provvedimenti principali che sono oggidì richiesti con insistenza crescente; essi dovrebbero essere adottati almeno temporaneamente finchè persisterà la pletora medica nel Regno, finchè non cesserà la estesa invasione di medici stranieri e gli stati esteri non accorderanno il trattamento di reciprocità ai medici italiani.

Con questi provvedimenti i medici italiani hanno la persuasione, ragionata, che si otterranno i due fini ai quali essi sono rivolti: la difesa del prestigio della laurea italiana, di quella dignità che spetta agli studi in Italia per la loro tradizione storica, per la severità di essi e per l'elevatezza morale che ad essi ha impresso la Rivoluzione fascista; e l'alleviamento del disagio economico di cui soffre la classe medica le cui benemerenze nazionali sono state espresse così nettamente nel discorso del Duce ai medici.

Prof. G. B. ALLARIA.

## Cronaca del movimento professionale.

### Per i professionisti senza lavoro.

Il « Foglio di Disposizioni » del Segretario del Partito Nazionale Fascista reca:

La Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti, per alleviare la disoccupazione nel campo professionistico ed artistico, ove è limitata ad alcune categorie ed assume fisionomia tutta particolare, ha chiesto che siano emanate norme intese a realizzare i seguenti obiettivi:

*a*) ferma restando l'assoluta larghezza di criteri con la quale vengono accolti negli istituti universitari italiani gli studenti stranieri, quelli fra essi che, conseguito il titolo, intendano eser-

citare la professione in Italia, saranno tenuti al pagamento delle tasse della loro intera carriera scolastica, a perfetta parità coi laureati e professionisti italiani (ingegneri, architetti, medici, chimici, farmacisti, ecc.);

*b) omissis;*

*c)* i Prefetti del Regno, per gli incarichi attinenti all'attività normale di categorie professionali, a preferenza dell'opera di funzionari e con eliminazione delle prestazioni di pensionati, si varranno dell'opera dei professionisti competenti (dottori commercialisti, avvocati, ragionieri, ingegneri, ecc.);

*d)* le prestazioni professionali dei medici dovranno essere sempre e regolarmente retribuite da tutti gli enti del Regno e dalle mutue;

*e)* nei casi di breve vacanza delle condotte mediche e veterinarie, i Comuni si varranno, anzichè dell'opera dei medici condotti e veterinari viciniori, di quella di sostituti designati dai Sindacati.

Inoltre stanzieranno in bilancio, secondo le prescrizioni di legge, la spesa occorrente per il pagamento degli interini, durante il mese annuale di ferie dei sanitari titolari;

*f)* in armonia, anche e sopratutto, con la politica demografica del Regime, i Comuni dovranno tutti e sempre valersi di ostetriche condotte;

*g)* gli incarichi professionali dovranno essere assegnati, di preferenza, a coloro che ne sono privi, tenendo conto della competenza professionale;

*h)* alla Corporazione dei professionisti e delle arti sarà demandato lo studio di nuove e complete norme giuridiche sui regolamenti professionali, in modo che, in una visione complessiva e corporativa delle professioni e delle arti, si specifichi sempre meglio la fisionomia delle diverse categorie di professionisti, assegnando a ciascuna un preciso e sicuro campo di attività.

**Riunione di giovani laureati in medicina a Milano.**

Ha avuto luogo alla sede milanese del G.U.F. una riunione di laureati in medicina. Il dott. Cirla ha riferito su alcune importanti questioni attinenti alla sistemazione professionale dei giovani, particolarmente intrattenendosi sulla necessità di decentrare anche nel campo medico gli incarichi retribuiti e di affidare con maggior larghezza ai giovani quelle mansioni che possono egregiamente essere disimpegnate anche dai neo-laureati. È stata inoltre ampiamente discussa la questione dei medici stranieri, esprimendo voti in proposito.

# AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

### Nomine dei medici visitatori.

Il Ministero dell'Interno ha diramato ai signori Prefetti una circolare sulla nomina dei medici visitatori incaricati della vigilanza sul meretricio, per il biennio 1935-36; la riporteremo nel prossimo numero.

# CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BOLOGNA. *Ammin. Provinciale.* — Scad. 22 dicembre; direttore dell'Ospedale psichiatrico provinciale « F. Roncati »; L. 18.500 e 6 aumenti decimo, oltre L. 4000 supplem. serv. att.; riduzioni di legge; quadriennio di lodevole servizio in manicomio o clinica psichiatrica; tassa L. 50. Rivolgersi alla Segreteria.

FORLÌ. *Municipio.* — Concorso per titoli ed esami al posto di Medico-Direttore del Dispensario per la profilassi e per la cura della sifilide e delle malattie veneree con obbligo della cura ed assistenza dei malati ricoverati nella sala celtica del Civico Ospedale; e, come tale, dovrà osservare le norme del regolamento interno dell'Ospedale stesso. Onorario L. 9000 annue, sotto deduzione delle riduzioni e ritenute di legge; esclusa ogni altra indennità. La domanda, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Comune, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciotto del 30 novembre 1934-XIII.

GENOVA-RIVAROLO. *Ospedale Celesia.* — Scad. 20 dic., ore 16; aiuto chirurgo; L. 5000 lorde, cointeressenze; titoli ed esami; età limite 35 a.; tassa L. 50; docum. a 3 mesi dal 18 nov. Per altre condizioni chiedere avviso di concorso. Rivolgersi alla Segreteria.

MANTOVA. *Comune.* — Concorso per esami e per titoli al posto di Direttore della Sala Celtica e del Dispensario Antivenereo Comunale. Stipendio lire 8000 al lordo delle ritenute di legge e delle riduzioni di cui ai RR. DD. 20-11-1930, n. 1491 e 14-4-1934, n. 561. Non vengono concessi aumenti periodici, nè indennità. Nomina per un triennio, salvo conferme triennali. Età massima anni 35, salve eccezioni di legge. Scadenza 15 dicembre 1934-XIII. Richiedere bando alla Segreteria Comunale.

MESSINA. *Ospedale Civico « Piemonte » ed Ospedale Consorziale « Regina Margherita ».* — Il Commissario Straordinario per le OO. PP. Ospedaliere rende noto che il termine utile per la presentazione delle domande al posto di Direttore Sanitario è prorogato al 30 novembre 1934-XIII.

PARMA. *Ospizi Civili.* — Scad. 5 dic.; medico primario; L. 6000 e 4 quinquenni decimo, compartecipaz.; trattenute e riduzioni di legge; tassa L. 50,10. Rivolgersi all'Amministrazione.

PESCARA. — Concorso, per titoli, al posto di assistente sanitaria visitatrice presso il Dispensario Centrale del Consorzio Provinciale Antitubercolare. Stipendio annuo lordo L. 6500, aumentabili a L. 7000 dopo il primo quinquennio ed a L. 7500 dopo il secondo quinquennio di servizio. Indennità di servizio attivo L. 1000. Scadenza ore diciannove del 30 novembre 1934-XIII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare, Palazzo della Provincia, Pescara.

ROMA. *Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* — È indetto un concorso per titoli e per esami, a quattro posti di Sostituto Primo Segretario (Gr. 5° - Cat. « A ») fra laureati in Medicina e Chirurgia. Di detti posti, uno soltanto può essere assegnato a donne. La domanda di ammissione al concorso in carta da bollo da lire tre dovrà essere presen-

tata o inviata (se per posta, in piego raccomandato, con ricevuta di ritorno) alla Direzione Generale dell'Istituto (Servizio Personale) in Roma, via Sallustiana 51, non oltre le ore 12 del giorno 10 dicembre 1934-XIII. La data di arrivo della domanda è stabilita dal bollo apposto dalla Direzione Generale dell'Istituto. Non saranno ammessi al concorso i candidati le cui istanze risultino pervenute all'Istituto dopo il suddetto termine, anche se presentate in tempo agli uffici postali o ad altro ufficio, o non risultino regolarmente documentate. Età limite 36 anni per gli uomini, 33 per le donne. Retribuzione iniziale complessiva annua lorda di L. 11.408 al netto delle riduzioni di cui ai R. D. L. 20 novembre 1930-IX, n. 1491 e R. D. L. 14 aprile 1934-XII, n. 561 e, dopo il passaggio in ruolo, il contributo per il trattamento di quiescenza; oltre le altre indennità che possono spettare in base alle disposizioni interne. Per le altre condizioni chiedere bando di concorso. Rivolgersi alla Direzione Generale (Servizio Personale), via Sallustiana 51, Roma.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 30 nov.; primo aiuto oculista; L. 7300 e c.-v.; età limite 35 a. al 12 ott.; 2 anni di servizio negli Ospedali di Roma come assistente e dichiarazione finale d'idoneità; tassa L. 50.

ROSSANA (*Cuneo*). — Il Podestà informa che la scadenza del concorso al posto di medico condotto, è stata prorogata a tutto il 30 novembre 1934-XIII.

VOGHERA (*Pavia*). *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 15 dic.; due posti di assistente.

*N. B.* - Lo scarso numero di concorsi è in rapporto con le disposizioni del nuovo T. U. Leggi Sanitarie.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Durante il Congresso di oculistica tenutosi in Roma nei giorni 24-25-26 ottobre ultimo scorso, sono stati esaminati e giudicati i lavori concorrenti al premio internazionale d'oftalmologia per l'anno 1933-34.

Il primo premio di lire ventimila è stato assegnato per acclamazione al prof. Benedetto Strampelli, aiuto nella R. Clinica Oculistica di Roma, per il suo originale lavoro « Biomicroscopia ed istologia della cataratta a luce polarizzata », che apre nuovi orizzonti nell'anatomia patologica del cristallino catarattoso.

Il secondo e terzo premio (medaglie d'oro) sono stati assegnati rispettivamente al dott. Nordman di Strasburgo e al dott. Castelli di Pavia.

È stato inoltre aggiudicato il premio nazionale di settemila lire, divisibile a parte eguale, per il 1933-34 al prof. Morelli di Siena ed al dott. Anelli di Roma.

Non avendo avuto luogo, nello scorso anno, il Congresso oculistico del 1933, si è anche proceduto all'assegnazione dei premi internazionale e nazionale del precedente concorso 1932-33. Il premio internazionale di ventimila lire è stato assegnato al prof. Emanuele Panico, aiuto della R. Clinica Oculistica di Roma, per l'interessante monografia illustrativa dal titolo: « Biomicroscopia del margine palpebrale e della congiuntiva ». Al dott. Alaerts (Belgio) fu decretata la medaglia d'oro. Al dott. Villani di Roma è stato assegnato il premio nazionale di lire settemila. Inoltre sono stati consegnati altri premi già aggiudicati nel Congresso Oculistico di Roma nel 1932 e cioè: al prof. Ruata il premio Tubi Lux di lire cinquemila; ai proff. Giannantoni e Zanettin altro premio Tubi Lux; al prof. Neuschüler il premio Roselli di lire mille e al prof. Sabbatini il premio Foroni di lire mille.

Sono nominati presidi di Facoltà mediche i proff. O. Fragnito a Napoli, G. Ferrai a Pisa.

Il dott. Silvio Liguori di San Vittore del Lazio (Frosinone) su proposta del Ministro dell'Interno è stato insignito della Croce di Cavaliere della Corona d'Italia. Rallegramenti.

# NOTIZIE DIVERSE.

**Il viaggio del Sovrano e le opere sanitarie in Somalia.**

Durante la sua visita all'Oltre Giuba il Re ha inaugurato a Chisimaio l'Ospedale « Principessa Maria », dotato di tutti i più moderni e perfezionati impianti e servizi. È questo il quinto caposaldo di una vasta rete sanitaria impiantata dal Governo italiano per la difesa della razza e la prosperità della Colonia.

Oggi in Somalia funzionano 5 ospedali: uno a Mogadiscio, degno in tutto di quelli delle grandi città italiane, e gli altri quattro rispettivamente al Villaggio Duca degli Abruzzi, ad Alula, a Dante e a Chisimaio, quest'ultimo inaugurato, come si è detto, dal Re; da detti ospedali dipendono 10 posti di medicazione in altrettanti villaggi delle zone circostanti.

Oltre agli ospedali sono state istituite ben 18 infermerie, dirette ciascuna da un medico, nei più lontani centri della Colonia e da queste dipendono altri 25 posti di medicazione istituiti in altrettanti centri minori; più che agli ospedali è appunto a queste infermerie e posti di medicazione che gli indigeni accorrono numerosissimi: essi infatti sfuggono per la loro natura nomade la degenza negli ospedali e poichè sono resistentissimi possono sopportare anche i più tremendi mali allo stato ambulatorio che consente loro di continuare ad accudire alle loro normali occupazioni.

Le statistiche, che sono in continuo aumento, segnalano decine e decine di migliaia di indigeni che ricorrono spontaneamente e fiduciosamente alle cure degli ospedali e delle infermerie. A queste istituzioni bisogna aggiungere la colonia agricola per i lebbrosi i quali sono ormai stati tutti rintracciati e isolati e le « unità mobili » militarizzate per la guardia sanitaria ai confini e nelle boscaglie. A tali risultati si è giunti anche con la sapiente istituzione di regolari corsi per allievi infermieri indigeni e per levatrici indigene; specialmente queste ultime si sono rivelate necessarie ed efficaci strumenti di penetrazione civile.

**L'assistenza sanitaria dell'O. N. B.**

Il 16 novembre l'on. Renato Ricci ha tenuto a rapporto, nell'Accademia fascista di educazione fisica in Roma, i dirigenti sanitari provinciali dell'Opera Nazionale Balilla, tra cui i senatori Pende, Valagussa e Versari. Assistevano varî medici addetti al servizio sanitario del Comitato dell'Urbe.

L'on. Ricci ha esposto una dettagliata relazione sull'attività svolta dall'organizzazione nel campo sanitario durante l'anno XII, riassumendo i rapporti inviati dai Comitati provinciali e precisando l'azione della presidenza centrale. Di tale relazione sono date amplissime notizie sui giornali quotidiani: quindi tutti i nostri lettori ne sono già informati. Possiamo limitarci a qualche rilievo particolarmente significativo.

La relazione è oltremodo lusinghiera per i medici che hanno prestato la loro attività all'Opera Balilla e che raggiungono alcune migliaia. Nei 4200 ambulatori dell'Opera sono state compiute oltre 1 milione di visite e si sono redatte 850.000 cartelle biotipologiche. Hanno avuto largo sviluppo la lotta antitubercolare, quella antimalarica (sono stati addestrati 5000 balilla alla lotta antianofelica), quelle contro il tracoma, contro l'adenoidismo, contro il gozzo.

La Cassa Mutua « Arnaldo Mussolini » ha prestato un'assistenza infortunistica intensa: su 1.327.231 iscritti, 30.758 hanno beneficiato di tale assistenza.

Alcuni Comitati provinciali sono stati particolarmente attivi.

L'O. N. B. concorre dunque efficacemente all'integrità della razza.

Ebbe poi luogo il rapporto dei presidenti provinciali. L'on. Ricci notificò, tra l'altro, che l'attività assistenziale e sanitaria dell'Opera verrà opportunamente intensificata nell'anno XIII, secondo le direttive tracciate nel convegno dei dirigenti sanitari.

**15° Congresso internazionale di fisiologia.**

Come abbiamo annunziato, avrà luogo a Leningrado ed a Mosca, dal 9 al 17 agosto 1935. Il Comitato organizzatore è presieduto da I. P. Pavlov; ne è segretario generale L. C. Ferodov.

I titoli e brevi riassunti delle comunicazioni devono inviarsi al Comitato non oltre il 1° aprile 1935.

Il Comitato s'incaricherà degli alloggi, delle pensioni ecc. nei riguardi di tutti i partecipanti al Congresso e delle persone di famiglia dipendenti.

Si organizzeranno escursioni e visite, a tariffe ridotte, in varie località della Russia.

Allo scopo di evitare ritardi nei visti ai passaporti e di procurare le migliori condizioni di vita e di partecipazione ai lavori del congresso, si raccomanda a tutti i fisiologi intenzionati d'intervenire, d'inviare la loro adesione al più presto possibile.

La quota è di 10 rubli (poco più di 100 lire it. al cambio attuale) e deve inviarsi a: The State Bank of the R. S. S. R., Moscow, Foreign Dpt., Neglinnaja 12, Current Account N° 7005 of the Commettee of XVth International Physiological Congress. L'assegno bancario può farsi in qualsiasi valuta, al cambio del giorno. Si devono dare al banco il nome e l'indirizzo del mittente.

La corrispondenza relativa ai lavori del congresso va diretta a: Main P. O., Box 13, Leningrad, R. S. S. R.

**3° Congresso internazionale dell'aviazione sanitaria.**

Questo congresso è indetto a Bruxelles dall'11 al 17 giugno e rientrerà nel quadro dell'Esposizione internazionale universale del 1935. L'« Aéro-Club royal de Belgique » si è assunto l'incarico dell'organizzazione del congresso, di cui il Dr. Charles Sillevaerts, capo del Servizio di Sanità dell'Aeronautica belga, è nominato commissario generale.

Ecco i temi all'ordine del giorno:

Utilizzazione dell'aeroplano privato e commerciale a scopi sanitari, nella Nazione e nelle Colonie;

La collaborazione dei servizi pubblici e degli organismi privati per l'utilizzazione dell'aviazione sanitaria in tempo di pace;

Organizzazione e funzionamento dei primi soccorsi nei trasporti pubblici aerei;

Il concorso dell'aviazione in periodo di calamità.

**La fondazione Florence Nightingale.**

Il Comitato direttivo della Fondazione internazionale Florence Nichtingale si è adunato il 5 ottobre, nell'Ospedale Saint-Thomas di Londra, sotto la presidenza di donna Alicia Lloyd Still, presidente della Fondazione. La Lega delle Società della Croce Rossa vi era rappresentata da sir Arthur Stanley, tesoriere onorario della Fondazione, e dalla sig.ra Carter, direttrice della Sezione delle infermiere della Lega.

Il punto importante di questa riunione fu la discussione di un progetto di statuti, il quale verrà sottomesso alla futura seduta, nel gennaio 1935. Fu approvato il nuovo prospetto dei corsi per la sessione 1935-36. Furono costituiti tre sotto-comitati: di finanza, d'insegnamento e d'amministrazione.

**Un po' dovunque.**

« Le Forze Sanitarie » hanno destinato un numero all'eroismo sanitario in guerra, in occasione dell'adunata delle forze sanitarie combattentiste, celebratasi il 4 novembre. La magnifica pubblicazione s'inizia con le parole pronunziate sul medico italiano da Mussolini in Campidoglio il 22 novembre 1932: nessuna esaltazione potrebbe essere più ambita.

Sotto il titolo di « battaglie d'oggi » il numero reca anche una conferenza tenuta dall'on. Morelli al Congresso delle scienze di Napoli, sui « Fondamenti scientifici della lotta antitubercolare e sua organizzazione in Italia ».

La R. Accademia d'Italia ha inaugurato solennemente, il 12 novembre, il proprio anno accademico; erano presenti S. A. R. il Duca di Spoleto, il ministro dell'educazione nazionale ed altre autorità dello Stato.

Il Duce ha ricevuto il sen. Cremonesi unitamente alle infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana convenute a Roma in occasione della grande adunata delle forze sanitarie combattentiste.

Il Duce ha ricevuto l'avv. Sileno Fabbri che gli ha fatto un rapporto sulla situazione dell'O. N. M. I. e sulla preparazione della seconda giornata nazionale della Madre e del Fanciullo, che si terrà la vigilia di Natale.

Il 5° Congresso romeno di chirurgia si è tenuto a Bucarest, sotto la presidenza del prof. Janu; esso ha acquistato importanza internazionale, perchè accanto ai principali rappresentanti della chirurgia romena, vi hanno partecipato molti chirurgi dei paesi vicini ed amici, tra cui l'Italia, l'Austria, il Belgio, i Paesi balcanici.

Dal 10 al 15 dicembre si svolgerà un corso di esplorazione radiologica dell'apparato respiratorio, sotto la direzione del prof. Emile Sergent (Hôpital Broussais, rue Didot 96, Paris).

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 9 novembre, sotto la presidenza del prof. Fiorani, assistito dal dott. M. Bortolozzi. Il prof. A. Bozzoli tenne una conferenza su « La sindrome chiasmatica nei tumori dell'ipofisi »; furono fatte comunicazioni da: C. Ronzoni, M. Bortolozzi, C. Cella.

Il 54° Corso internazionale di perfezionamento presso la Facoltà medica di Vienna si terrà dall'11 al 24 febbraio e riguarderà la pediatria, con speciale riguardo alla terapia; tassa scellini 50. Sono preannunziati altri corsi: in pediatria generale (25 febbraio - 9 marzo: tassa sc. 900); in ginecologia e ostetricia (25 febbraio - 4 marzo: tassa sc. 150); in dermatosifilologia (25 febbraio - 7 marzo: tassa sc. 100). Chiedere il programma al Dr. H. Kronfeld, Porzellangasse 22, Wien IX, Austria.

Al Policlinico Umberto I di Roma i malati del reparto « Regina Elena » affetti da encefalite letargica, hanno avuto l'alto ed ambito conforto di una visita della Regina, che, della speciale cura cui sono ivi sottoposti, particolarmente ed amorevolmente si interessa. Accompagnata dal direttore del reparto prof. Panegrossi, dal suo aiuto dott. Ruggieri, dai due assistenti dottori Martuscelli e Ottavianelli, l'Augusta Sovrana si è intrattenuta per circa due ore nel reparto.

Il 15 nov. il ministro dell'Educazione Nazionale, on. Ercole, ha inaugurato a Parma la nuova sede degli istituti biologici dell'Università, nonchè l'anno accademico ed i corsi per allievi ufficiali della Milizia universitaria, con i quali, per la prima volta in Italia, l'anno accademico si è iniziato.

La R. Clinica delle malattie tropicali e subtropicali, diretta a Roma dal prof. sen. Aldo Castellani, ha aperto, il 15 nov., un ambulatorio per le visite gratuite ai poveri.

A Innsbruck si è preparata una raccolta statale per la storia della medicina, destinata all'insegnamento; il nucleo di essa è dato da una collezione donata dal dott. Mayerhofer, odontoiatra, che è stato anche incaricato della direzione.

Il 6 ottobre venne ufficialmente costituita, nella Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires, una Commissione di medicina sociale. Alla cerimonia intervennero il ministro della giustizia e dell'istruzione pubblica e il rettore dell'Università; tenne il discorso programmatico il prof. Alberto Zwanck, direttore dell'Istituto d'igiene. La Commissione sarà divisa in 4 Sezioni: 1° medicina costituzionale, 2° assistenza sociale, 3° previdenza e legislazione sociale, 4° studi e ricerche.

Il « Circolo Medico Argentino e Centro Studenti di Medicina » di Buenos Aires ha deliberato di aprire un consultorio medico destinato ai disoccupati.

La signora Rachele Biffi, vedova del prof. Camillo Hajech, ha consegnato all'Amministrazione del Consiglio degli Istituti ospedalieri di Milano titoli di rendita della Conversione per il valore effettivo di L. 100 mila in omaggio alla memoria del marito e per soddisfare un desiderio da lui verbalmente manifestato, allo scopo di concorrere alla spesa di costruzione del Padiglione di pediatria del nuovo Ospedale Maggiore. Ha inoltre consegnato titoli di rendita pure per il valore effettivo di L. 100.000 come suo personale contributo alle opere suddette.

In Germania un decreto del ministro federale del lavoro ha vietato, temporaneamente, la costituzione di nuove Casse malattie (mutue), onde non turbare l'applicazione della nuova legge sulle assicurazioni sociali.

Con la fine del 1934 cesserà le pubblicazioni la « Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie », edita dalla Casa Masson di Parigi.

Il Tribunale di Vienna ha assolto dall'accusa di esercizio illegale della medicina la signora Kathe Gündel, una medium che anche a distanza pone le diagnosi di sede delle malattie. Ella non domanda compensi, ma non rifiuta le oblazioni volontarie e, per tal modo, guadagna qualche migliaio di scellini l'anno. Sottoposta a perizia psichiatrica da parte del dott. Stelzer, le sue facoltà mentali sono risultate perfettamente normali.

È morto a Budapest, in età di 84 anni, un professore liceale da tempo in pensione, certo Jenö Sandor, il quale, dopo essersi fatto praticare un innesto alla Voronoff dal dott. Zoltan Nagy, otto anni or sono, aveva perduto la ragione; ossessionato dall'idea di avere acquistato qualità scimmiesche, si comportava come le scimmie: gestiva e saltava come questi animali, dormiva in una cuccia sopraelevata, mangiava di preferenza noci e frutta.

---

Il dott. Egisto Gavani, medico condotto e ufficiale sanitario di Granarolo dell'Emilia, 58enne, è stato ucciso a colpi di rivoltella da un esaltato, il mugnaio Cesare Cevolani, 25enne, il quale lo accusava di non aver provveduto in tempo a far ospedalizzare il fratello e, per tal modo, di averne cagionato la morte (avvenuta nell'Ospedale Maggiore di Bologna).

Si è spento il dott. COSTANZO RIVETTA, Grande Invalido di Guerra. Gli era stata conferita la medaglia d'argento con la seguente motivazione: « ... Incurante delle sofferenze fisiche... con gli occhi bendati... si mantenne serenamente al suo posto... per dare indicazioni sulle cure da prodigare ai feriti... finchè rimase ferito gravemente una seconda volta... ».

È deceduto a Genova, in età di soli 45 anni, il prof. GAETANO VIALE, ordinario di fisiologia in quell'Università, studioso di valore, Maestro apprezzatissimo. Era stato chiamato per alcuni anni all'Università del Littoriale in Argentina, ove il suo insegnamento costituì un'affermazione della scienza italiana. Partecipò da valoroso alla grande guerra, meritandosi due medaglie al valore e la croce di guerra.

Era nato a Diano Marina (Porto Maurizio). Lascia un largo rimpianto.

Con CARLOS CHAGAS scompare una delle più belle figure della scienza brasiliana. Era un allievo di Oswaldo Cruz, il quale introdusse nel Brasile le concezioni e i metodi di Pasteur. Si devono al Chagas studi notevolissimi sulla tiroidite cronica che infierisce nel Brasile e che, in suo onore, si chiama oggi « malattia di Chagas ». Egli ne scoprì l'agente eziologico, *Trypanosoma cruzi*, e l'agente vettore, l'insetto ematofago *Triatoma megista*. Ha compiuto altre ricerche importanti sulle malattie tropicali. Dirigeva il grandioso Istituto Oswaldo Cruz, nel quale seppe attrarre una pleiade di studiosi. Insegnava alla Facoltà medica di Rio de Janeiro. Quale direttore della Sanità pubblica del Brasile, seppe organizzare una lotta efficace contro le malattie infettive. A. P.

---

# RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Cl. Med. It.*, sett. — L. BÀRBERA. Reaz. biochimica del Donaggio e disfunzione epatica. — L. TAMBURRI. Stasi duodenali. — M. GAVAZZENI. Influenza dell'acetilcolina sulla motilità gastrica.

*Presse Méd.*, 19 sett. — M. CHIRAY e T. MATTEI-SEMIDEI. Il sondaggio duodenale in medicina interna. — T. IZOD BENNETT. La malattia di Gee.

*Deut. Med. Woch.*, 21 sett. — Numero di ostetricia e ginecologia.

*Journal A. M. A.*, 8 sett. — J. B. NEAL e al. L'encefalite. — H. A. HEISE. Alcool e infortuni automobilistici.

*Haematologica*, VIII. — F. CORELLI. Eziologia e terapia delle agranulocitosi.

*Paris Méd.*, 22 sett. — Numero di psichiatria.

*Revue Neurol.*, ag. — T. ALAJOUANINE. La poliomielite anter. subacuta progressiva.

*Med. Welt*, 22 sett. — WALGER. La dermatite dei fornai. — K. BAATZ. Le malattie reumatiche.

*Accad. Med.*, sett. — A. DE MARTINI. Tbc. del fegato. — M. MANARA. Fegato e ricambio dell'acqua.

*Giorn. di Batter. e Immun.*, sett. — L. MOLLO. La batteriemia post-operatoria.

*Riv. It. di Ginec.*, lug. — E. PONZI. La fissaz. del complemento per la diagn. sierologica della blenorragia femm. — G. CORDARO. Azione degli ormoni preipofisari sulla fertilità.

*Arch. Intern. Med.*, ag. — C. K. FRIEDBERG e al. Periarterite nodosa. — C. A. STUART e al. Mononucleosi infettiva. — M. M. WINTROBE. Le anemie.

*Klin. Woch.*, 22 sett. — K. HITZENBERGER. Stomaco ed emopoiesi. — M. BÜRGER. Sull'ipertonia essenziale.

*Münch. Med. Woch.*, 21 sett. — H. MOMSEN. La questione del veleno mestruale. — K. HERMAN. Morbo di Simmond.

*Giorn. di Cl. Med.*, 20 sett. — F. VANNUCCI e G. FERRARI. Esplorazione della funzionalità renale con la santonina. — S. DE RENZI. Sindrome addisoniana e amiloidosi dei surreni.

*Riv. San. Sicil.*, 1 sett. — A. BASILICO. Infezioni focali e localizzazioni secondarie.

*Proc. R. Soc. Med.*, sett. — Discussione sull'ematemesi.

*Presse Méd.*, 26 sett. — EM. SERGENT e H. MAMON. Micosi polmonari e toraciche. — J. SAUTET. Trattamenti moderni della malaria.

*Pathologica*, 15 sett. — L. CIRIO e S. CALABRESE. Sulla cosidetta « fase negativa ». — E. TARRO. Lesioni encefaliche nelle leucemie.

*Minerva Med.*, 29 sett. — Numero cardiologico.

*Jornal dos Clin.*, 30 ag. — G. LONDRES e P. NAVA. Tossicosi mercuriali acute.

*Prensa Méd. Arg.*, 29 ag. — E. FINOCHIETTO e J. PIÑEIRO SORONDO. Paralisi infantile e distrofia dislocante (luxans).

*Riv. di Clin. Ped.*, sett. — P. MOLTENI e G. BECCAGUTTI. Glutationemia nei bambini. — A. FOA e E. RE. Colesterinemia nei bambini tubercolotici. — A. PICCIOLI. Pressione arteriosa media dinamica nei bambini.

*Revue de Chir.*, ott. — N. BARDESCO. Ernia epigastrica occulta.

*Arch. It. di Dermat. ecc.*, ag. — G. PISACANE. Sifilide anomala. — A. GINELLA. Reazioni del liquido c.-r. di luetici.

*Amer. Journ. Obst. a. Gyn.*, sett. — R. KURZOK. Il tempo dell'ovulazione umana. — O. H. SCHWARTZ. Tossiemie non convulsive della gravidanza inoltrata. — H. SCHMITZ e al. Trattam. del cancro. — W. C. DANFORTH. Trattamento dei fibromi.

*Chinese Med. Journ.*, lug. — J. GRAY e al. Linfogranuloma inguinale. — *Id.*, ag. G. S. YANG e al. Pellagra.

*Pediatria*, 1 ott. — U. COLLA. Nefrosi lipoidea. — M. ANDRUCCI. Pressione arteriosa nei bambini normali e nei tbc.

*Riforma Med.*, 15 sett. — L. CANNAVÒ. Diabete e gravidanza.

*Revue de Méd.*, lug. — Numero sulle malattie dei reni.

*Indian Journ. Med. Res.*, lug. — J. CUNNINGHAM. Tifo ricorrente indiano. — V. K. NARAYANA MENON e al. I corpi riducenti del sangue eccettuato il glucosio.

*Arch. It. di Chir.*, 6. — F. RABBONI. Acidolattemia nell'insufficienza surrenale. — F. ZANARDI. Cosidetta glandola eterocromaffine.

*Rinasc. Med.*, 30 sett. — C. MASTROSIMONE. Alterazioni delle capsule surrenali consecutive a carenza renale.

*Med. Welt*, 29 sett. — Numero sulla medicina tropicale.

*Münch. Med. Woch.*, 28 sett. — H. BECKER. Sulla sieroterapia. — DÖRFLER. L'aborto.

*Practitioner*, ott. — Numero sui trattamenti recenti.

*Brit. Med. Journ.*, 29 sett. — C. H. BROWNING. Gli antisettici nel combattere le infezioni.

*Med. Klinik*, 28 sett. — E. LAUDA. Trattam. delle malattie del fegato e delle vie biliari.

*Studium*, 1 ott. — C. PANARO. Il cuore nei diabetici.

*Radiol. Med.*, ott. — U. BERTOLOTTO. La röntgenterapia nelle forme infiammatorie ginecologiche.

*Arch. it. di Anat. e Ist. Patol.*, mag.-giu. — F. PAGLIAI. La narcosi avertinica e le alterazioni isto-patologiche del fegato e del rene. — G. VIAN. Costituzione linfatica intestinale e tbc. ulcerosa secondaria. — P. RAVENNA. Tentativi di trasmissione del reumatismo art. ac.

*Deut. Med. Woch.*, 5 ott. — FROMHERZ. Svelenamento e accumulo. — ROTHLIN. Farmacologia dei disturbi vegetativi.

*Münch. Med. Woch.*, 5 ott. — P. MULZER e S. SEREFIS. Il bismuto per via perorale nella sifilide.

*Presse Méd.*, 29 sett. — P. LEHMANN. La radiostimolazione endocrina. — 3 ott. R. HUGUENIN. La transilluminazione nella diagnosi di cancro del seno. — P. CASTIN e P. GARDIEN. Artralgie e mialgie barbituriche.



## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

## Sommari dei Numeri usciti nel mese di Novembre 1934 degli altri Periodici e Riviste pubblicati dalla Casa Editrice L. POZZI - ROMA

### "IL POLICLINICO" SEZIONE MEDICA (Mensile)

**diretta dal prof. CESARE FRUGONI.**

Il Numero 11 (1° Novembre 1934) contiene:

**LAVORI ORIGINALI:**

P. STEFANUTTI e C. CAMPANA — **Sul comportamento della colesterinemia dopo iniezione d'istamina e suo impiego alla diagnostica funzionale del fegato.**

M. TORRIOLI e M. GALEAZZI — **Studi sulla biologia dei megacariociti sopravviventi in vitro. Nota III. Azione di estratti di muscolo e di fegato.**

A. GUALDI — **Splenomegalie e ricambio basale e sue modificazioni in seguito a terapie diverse ed alla splenectomia.**

C. DELFINI — **Ricerche con la reazione del Donaggio sull'urina e sul liquor nella diatermia generale.**

G. SELVAGGI — **Il pH nel succo gastrico degli ulcerosi gastro-duodenali.**

G. CHIUCINI — **Ittero da stasi consecutivo a fibroadeno-carcinoma cistico delle vie biliari.**

**Prezzo del Numero L. 6**

**Abbonamento annuo alla Sezione Medica: Italia L. 50. - Estero L. 60**

Se cumulativo con la Sezione Pratica: Italia L. **100**, Estero L. **150**; se cumulativo con la Sezione Pratica e con la Sezione Chirurgica: Italia L. **125**; Estero L. **180**.

### "IL POLICLINICO" SEZIONE CHIRURGICA (mensile)

**diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI**

Il Numero 11 (15 Novembre 1934) contiene:

**LAVORI ORIGINALI:**

G. LUCCHESE — **L'influenza delle surrenali sulla formazione del callo osseo. (Ricerche sperimentali)**

G. MONTEMARTINI — **Contributo sperimentale alla chirurgia della vena cava inferiore.**

B. PAGGI — **La cura della tetania paratireopriva. Ricerche sperimentali sul comportamento della calcemia in seguito a introduzione sottocutanea di sostanze organiche ricche di calcio.**

**Prezzo del Numero L. 6**

**Abbonamento annuo alla Sezione Chirurgica: Italia L. 50. - Estero L. 60**

Se cumulativo con la Sezione Medica: Italia L. **100**, Estero L. **150**; se cumulativo con la Sezione Pratica e con la Sezione Medica: Italia Lire **125**, Estero L. **180**.

### CUORE E CIRCOLAZIONE

**Periodico mensile diretto dal prof. CESARE FRUGONI**

Capo Redattori:
Prof. C. PEZZI, Milano - Prof. G. MELDOLESI, Roma

Il Numero 11 (Novembre 1934) contiene:

**Lavori originali**: I. - P. DUCHOSAL e R. LUTHY: La registrazione diretta ad inchiostro, degli elettrocardiogrammi. — II. - S. LAUFER: Nuove considerazioni intorno alla teoria coronarica dell'angina pectoris. — III. - A. FRANCAVIGLIA: L'anestesia dei seni carotidei nell'uomo. Contributo allo studio della patogenesi dell'ipertensione. — IV. - S. DELEONARDI: Studi emodinamici sulle poliglobulie. I: Massa sanguigna e volume dei globuli nelle poliglobulie primitive e secondarie. — V. - E. ASCARELLI: Studi sulla IV derivazione o derivazione toracica nei soggetti normali.
**I periodici specializzati.**
**Tra le riviste ed i congressi.**

**Abbonamento annuo**: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

### IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il Numero 11 (Novembre 1934) contiene:

**Ricerche di laboratorio**: C. MARSIGLI: Forme tubercolari della tonsilla faringea non involuta.
**Specialità e medicina generale**: E. DI LAURO: Laringoreazione alla tubercolina.
**Anatomia patologica**: A. DELLA VEDOVA: Un caso di amiloidosi tumorale laringea in un ragazzo di undici anni.
**Fonetica biologica**: D. SCURI: Rinofonia e rinolalia.
**Corrispondenze**: D. DI VESTEA: Otoiatri italiani a Budapest e a Vienna.
**In biblioteca.**
**Recensioni**: *Sono N. 27 e se ne tralascia l'elenco causa mancanza di spazio.*
**La nota storica**: P. HÉJJA: Incontro a Budapest dei medici della antica e moderna Roma.
**Notizie e questioni.**
**Necrologi**: Francesco Durante. — Oreste Bellotti.

**Abbonamento annuo**: Italia L. **50**; Estero L. **70**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **45**; Estero L. **65** Un numero separato L. **6**.

### LA CLINICA OSTETRICA

**Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami**

Il Numero 11 (Novembre 1934) contiene:

**Lavori originali**: A. LA DELFA: Significato ed importanza prognostica della reazione xanto-proteica e dell'indacanemia nelle tossicosi gravidiche. — A. COLAVECCHIO: Sulla atresia intestinale congenita. — R. CARNELLI: Considerazioni teorico-cliniche sulla miomectomia conservatrice, causa di rottura spontanea dell'utero in travaglio.

**La rubrica degli errori**: V. PUGLIATTI: Leiomioma sarcomatode diverticolare dell'ileo, ad esito insolito. — A. QUARANTOTTO: Emorragia di sangue fetale diagnosticata come distacco di placenta.

**Terapia**: A. VALENZI: L'anestesia generale con l'Evipan sodico.

**Interessi professionali**: G. GALLINARO: A proposito di denuncie di aborti.

**Dalle riviste**: **Ostetricia**: La pseudoanemia nella gravidanza. — Diabete e gravidanza. Due casi di regressione di sintomatologia diabetica in gravidanza. — Sulla vascolarizzazione arteriosa della placenta normale e patologica. — Il fattore tossico nella placenta previa. — Sulla terapia attiva e conservativa delle emorragie in puerperio. — **Ginecologia**: La colica epatica mestruale. — La velocità di sedimentazione nel campo ostetrico-ginecologico con particolare riguardo alle forme infiammatorie annessiali. — Tumori dell'ovaio e radioterapia. — Varicocele pelvico ed ovarite sclerocistica. Etiopatogenesi e fisiopatologia. — Doppio zaffo pelvi-vaginale e addominale in ginecologia operativa. — Patogenesi e trattamento delle emorragie dette della menopausa. — **Pediatria**: Sulla malaria congenita. — Ricerche sullo sclerema dei prematuri. — **Note di terapia**: Impiego del sangue placentare per la trasfusione. — **Note di biologia**: Ossalemia materna e fetale. — Ricerche sull'eliminazione dell'acido glicuronico nei lattanti sani e distrofici. — Sulla presenza di ormoni gravidici in liquidi pleurici di donne gestanti. — Fra postipofisi ed ovaio. — **Questioni sociali**: Le prime applicazioni della legge tedesca sulla sterilizzazione delle donne. — Il benzolismo in gravidanza e sua azione nell'apparato gen. femminile.

**Varietà**: Nascita di maschi a volontà? — Per la limitazione delle nascite in Cina. — Contro la fecondazione artificiale nel Masachusetts.

**Notizie.**

**Abbonamento annuo**: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

**Per abbonarsi ad una o più delle summenzionate Riviste inviare Vaglia o Chèque Bancario riscuotibile in Roma all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14 - ROMA**

ANNO XLI Roma, 3 Dicembre 1934 - XIII Num. 48

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

## SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
DIVISIONE MEDICA
diretta dal Prof. A. CERESOLI

### Sulla terapia ovarica dell'emofilia.

Dott. EDMONDO SCHIAVO, assistente.

Le malattie del sangue, considerate nel loro complesso, sino ad alcuni anni or sono non avevano ancora subìto il controllo critico e l'analisi sistematica degli studiosi. E perciò non poca era la confusione che si aveva nel capitolo delle emopatie: fu soltanto in questo ultimo scorcio di anni che si cominciò a sentire la necessità di una revisione di tutta questa parte della patologia e di una classificazione, sia pure non definitiva, delle varie malattie del sangue. Classificazione che non si presenta facile sia perchè le sindromi, anzichè essere ben definite nelle loro manifestazioni cliniche si confondono spesso una nell'altra così da far ritenere che la singola malattia partecipi, dove più dove meno, delle cause delle altre.

Per questo si è creduto opportuno, nel campo delle diatesi emorragiche, procedere ad una classificazione, la quale, pur essendo passibile di modificazioni, possa distinguere le diatesi emorragiche considerate in senso stretto dalle altre che trovano rispondenza o nella loro riconosciuta o ammessa etiologia o nelle manifestazioni cliniche che sono la ragione della loro attuale classificazione.

Così è per l'emofilia. Malattia a tipo cronico e costituzionale o meglio ereditario-famigliare, l'emofilia ha alcuni suoi caratteri particolari che la distinguono dall'altra tipica diatesi emorragica considerata nello stretto senso di questa parola: il morbo maculoso di Werlhof. In quest'ultimo il processo di coagulazione del sangue è strettamente legato a fattori di ordine vasale da un lato ed emopoietico dall'altro: labilità cioè delle pareti vasali e piastrinopenia. Al contrario nell'emofilia vi è un'alterazione della composizione chimica del sangue, per cui si ha un aumento del tempo di coagulazione, che sarebbe in dipendenza di un difetto quantitativo di trombina nonchè di un ritardo di formazione della

medesima ovvero delle sostanze che la generano (prosierozima, sierozima, trombochinasi). L'origine quindi dell'emofilia sarebbe iniziale e starebbe in una modificazione patologica del processo di formazione della trombina: iniziale in quanto, in un secondo tempo, si ha la trasformazione del fibrinogeno in fibrina.

I sostenitori della teoria fisico-chimica del processo di coagulazione del sangue, per cui fibrina e trombina sarebbero in dipendenza diretta di una combinazione trambozima + sali di calcio + trombogeno + fibrinogeno, farebbero risalire il difetto di coagulazione del sangue nell'emofilia ad un ritardo della precipitazione del trombozima e delle conseguenti fasi della coagulazione del sangue.

Altri ritiene invece che emofilia e sindromi pseudoemofiliche siano in dipendenza di una fibrinopenia derivante da insufficienza ereditaria del reticolo endotelio del fegato e della milza.

L'accordo non regna fra gli Autori, anche quando si tratta della causa che provoca tale ritardo di formazione della trombina: se cioè si debba risalire al fermento, la trombochinasi, di provenienza cellulare, oppure al trombogeno che si origina dal plasma. Numerosi Autori ammettono che le piastrine siano insufficienti per qualità (Opitz, Morawitz, Vôhlisch, Fonio, Sahli), altri invece ritengono che alla deficenza quantitativa del trombogeno si debba far risalire la causa del ritardo nella formazione della trombina (Frank e Hartmann, Feissly).

A questo fondamentale carattere dell'emofilia fa riscontro un secondo altrettanto tipico e non meno importante: quello di essere proprio soltanto del sesso maschile: casi di emofilia femminile sono stati descritti ma non sono attendibili in senso assoluto in quanto una critica stringente di questa casistica fa sospettare si trattasse di pseudoemofilia, di fibrinopenia o di morbo maculoso di Werlhof.

Il terzo carattere dell'emofilia è quello della trasmissibilità ereditaria della malattia. Il particolare tipico di tale ereditarietà consiste nella trasmissione ai soli maschi attraverso le femmine che restano però indenni dello stato emofilico. Eredità quindi diaginica. Questo carattere tipico dell'emofilia è stato giustificato secondo la legge mendeliana dei caratteri dominanti e recessivi: essa si svolge attraverso la femmina conduttrice, nella quale il carattere recessivo del cromosoma sessuale, al quale è legato l'elemento caratteristico dell'emofilia è sovrastato dal carattere dominante dell'altro cromosoma che non è malato. Il cromosoma sessuale al quale è legato questo elemento emofilia (cromosoma paterno) viene ereditato soltanto dalle femmine nelle quali l'emofilia non si manifesta perchè esso cromosoma a carattere recessivo è soverchiato da quello a carattere dominante (di qui la latenza dell'emofilia nella donna e la sua funzione puramente conduttrice). Quindi da padre emofiliaco e madre sana possono nascere maschi sani e femmine conduttrici, da madre conduttrice e padre sano possono nascere maschi emofilici e femmine conduttrici. Ritardo quindi del tempo di coagulazione, ereditarietà, attraverso la femmina, e morbosità esclusiva del maschio sono i tre caratteri fondamentali che fanno dell'emofilia una sindrome a sè.

La sintomatologia è completata da altri fattori che seguono i suddetti: anzitutto la facilità di emorragie spontanee sia interne che cutanee, mucose o articolari, le quali ultime insorgenti più particolarmente in corrispondenza delle articolazioni del ginocchio e delle altre grandi articolazioni delle estremità e che possono esitare in forme artritiche deformanti e anchilosanti. Inoltre gli elementi morfologici del sangue non presentano alterazioni alcune come pure normali sono il tempo di emorragia e la retrattilità del coagulo; negativa, è pure la prova del laccio. Si ha invece un aumento del cloruro sodico, un aumento del tempo di coagulazione e una relativa positività delle prove della coppetta e delle punture. Il potere immunizzante contro il tripanosoma, che è comunemente presente nel siero umano normale, è assente nel siero del sangue emofilico.

Se il quadro clinico dell'emofilia è, per quanto ho sopra esposto, completo e bene individuabile, non così si può dire per la terapia della malattia, la quale, sino ad alcuni anni or sono, esclusivamente sintomatica e negativa, è ora arricchita da un mezzo terapeutico, che pur essendo sino ad un certo punto causale, dà dei risultati brillanti sia pure più o meno duraturi. Questo mezzo terapeutico è l'estratto ovarico e la sua favorevole azione nell'emofilia, verrebbe a spiegare perchè il sesso femminile non possa essere portatore della malattia pur essendone il trasmettitore ai discendenti maschi.

Invero è questa una questione non del tutto pacifica, ma vi è il dato di fatto che l'accesso emofilico si arresta con la somministrazione di preparati ovarici, e gli eventuali insuccessi sarebbero da mettersi in rapporto a casi non chiari clinicamente e perciò non attribuibili a emofilia vera.

Scopo di questa nota è appunto l'illustrazione di un caso di emofilia farevolmente influenzato da questa terapia.

C. B., di anni 11, scolaro.

Fra gli ascendenti diretti sembra che un fratello della nonna, emofiliaco, sia morto per emorragia, a 38 anni per cause non precisate.

Un fratello della mamma del paziente, pure emofiliaco, moriva in tenera età pure per emorragia.

La madre gode ottima salute: non ebbe mai aborti.

Il padre è pure in condizioni di salute ottime: il paziente non ha fratelli nè sorelle. Nato da parto eutocico, fu allattato dalla madre, e si sviluppò crescendo regolarmente. Ammalò a 5 anni di morbillo del quale guarì senza conseguenze. Il paziente si lamentò raramente di dolori alla gola e ben di rado andò soggetto ad angine: non ha mai sofferto di orticaria nè di cefalee.

I genitori riferiscono che a due anni, in seguito ad estrazione di un dente, il ragazzo ebbe una violenta emorragia: fu allora che si pensò allo stato emofiliaco del bimbo.

A quattro anni, per morso involontario, il ragazzo si produce una ferita alla lingua per cui ha una seconda imponente emorragia.

Rispettivamente a 7 e 9 anni per avulsioni dentarie ha ancora due notevoli emorragie.

I genitori riferiscono che spesso al ragazzo per traumi anche lievi si formavano chiazze estese sulla cute, di colorito bluastro, a carattere emorragico e che scomparivano poi col tempo. Il paziente andava spesso soggetto a dolori articolari ritenuti di natura reumatica e che sparivano per ricomparire poi a intervalli più o meno lunghi e che oggi si possono riferire, con tutta prababilità, allo stato emofiliaco del soggetto.

L'attuale affezione risale alla fine del mese di novembre 1932. Fu allora che il ragazzo subì un trauma al dito medio della mano destra per cui si era notevolmente ingrossato ed era dolente. Dopo varie alternative viene ricoverato in Ospedale di altra città soltanto l'8 febbraio 1933. Colà venne diagnosticata, pare, un'osteomielite della III falange che venne amputata nel marzo successivo.

La ferita sembrava già in via di cicatrizzazione, quando vari giorni dopo l'intervento, si ha una prima emorragia, seguita, a otto giorni di distanza da una seconda, improvvisa e gravissima, sopravvenuta durante la notte e che parve mettere in grave pericolo la vita del paziente.

Il ragazzo, dopo tre mesi e 15 giorni di degenza ospedaliera, ha voluto uscire a qualunque costo non guarito, stanco del lungo periodo di vita in ospedale, anche se la ferita operatoria alla prima falange, residuo dell'amputazione della seconda, non si era ancora chiusa nè sembrava avviarsi alla cicatrizzazione.

È in questo periodo che viene asportata anche la seconda falange.

Il 25 maggio 1933 vedo per la prima volta il ragazzo: le condizioni generali sono assai scadute e presenta uno stato di anemizzazione così notevole da renderlo di un pallore cereo.

*Esame obiettivo*: Soggetto di costituzione scheletrica regolare, condizioni di sanguificazione assai scadute; cute pallidissima, elastica, sollevabile in pliche, mucose visibili di un roseo appena accennato. Non si notano elementi di aspetto emorragico nè a tipo di porpora nè di ecchimosi. Neppure a carico delle gengive, lingua e mucosa orale e congiuntiva si rilevano fatti degni di nota. Pannicolo adiposo ridotto. Muscoli un po' ipotonici; l'esame delle articolazioni non pone in rilievo nulla di particolare. Alle regioni inguinali, sottoascellari e cervicali si nota una micropoliadenia di modico grado. Decubito indifferente, non edemi, non tosse nè catarro.

Torace ben conformato, simmetrico, atti respiratori normali; f.v.t. presente e normale, suono chiaro polmonare e murmure vescicolare su tutto l'ambito. Il cuore si delimita a sinistra in V spazio intercostale un cm. all'interno dell'emiclaveare dove l'itto della punta non è visibile ma è palpabile, in alto al III spezio intercostale 1 cm. all'interno dell'emiclaveare, a destra sulla marginale destra dello sterno. Toni ritmici, regolari, con leggero soffio sistolico sul focolaio mitralico a carattere anemico. Polso 72, respiro 18. Pressione Mx. 115; Mn. 75. L'addome è di forma e volume normali, trattabile, indolente alla palpazione superficiale e profonda: il fegato è indolente, si delimita in alto alla VI costa sull'emiclaveare, deborda appena dall'arco costale sul prolungamento di quest'ultima. La milza è pure nei limiti: non si palpa il polo inferiore. Lo stomaco è normale. Non si palpano resistenze abnormi. Psiche e memoria integre; riflessi cutanei e tendinei presenti e normali.




Fig. 1.

*Esame locale*: Al dito medio della mano destra si rileva che mancano le due ultime falangi. La superficie del moncone si presenta granuleggian-

te, di colore rosso vivo. Appena si toglie la medicazione il sangue fuoriesce particolarmente fluido e di colore rosso-pallido, nè accenna a cessare così da dover ricorrere ad una medicazione imbevuta di Coaguleno nonchè a praticarne una iniezione.

*L'esame radiografico* praticato allora ha dato il seguente reperto: (vedi radiogramma n. 1). Esiti di amputazione chirurgica del dito medio della mano destra a livello del terzo medio della falange basale. Il moncone residuo della falange stessa appare notevolmente alterato, per presenza di evidenti orletti di apposizione ossea periostitica diffusi a tutta la diafisi ed in modo uniforme. Esiste inoltre sensibile atrofia di tutte le ossa della mano.

*Diagnosi radiologica*: Le apposizioni periostitiche sono estese a tutta la diafisi restante della falange stessa ed appaiono circondanti a manicotto la diafisi stessa. Si riconosce però ben conservata ancora la diafisi del moncone della falange attorniata dalle formazioni periostitiche e non si osservano evidenti processi di erosione e distruzione ossea. Questo particolare aspetto della lesione non è quello che di solito si riscontra nelle spine ventose di natura specifica ed a cui potrebbe venire ascritto il processo patologico presentato dal paziente, ma si trova con frequenza invece nelle alterazioni a tipo emorragico con formazione di soffusioni sottoperiostali. Potrebbe perciò l'alterazione presentata dal paziente a livello della falange ammalata riferirsi con probabilità ad una di tali forme morbose (emofilia ?).

L'esame delle urine ha dato esito negativo come pure negative sono state le sierodiagnosi di Wassermann e Meinike.

Esame del sangue:

*Esame morfologico*: Hb. 60 (Sahli): globuli rossi 3.500.000; glob. bianchi 8000; valore globulare 0,85.

*Formula leucocitaria*: polinucleati neutrofili 70; polinucleati eosinofili 0; polinucleati basofili 1; linfociti 28; monociti 1.

Non forme immature della serie rossa.

Conteggio delle piastrine: 32.000 per mmc.

Determinazioni del fibrinogeno: 25 mmg. ‰.

Determinazioni del calcio: 9,54 mmg. % di siero.

Tempo di coagulazione: ore 2,10.

Prova della retrattilità del coagulo: 17 ore.

Prova del laccio negativa.

Tempo di emorragia: 20' (lobulo dell'orecchio).

Prova di Koch: negativa.

Prova di Hess: leggermente positiva.

Prova del colpo di martello: leggermente positiva.

La schematica esposizione dei sintomi e caratteri principali della diatesi emofilica fatta all'inizio mi sembra trovi conferma nel caso che ho testè brevemente esposto. I dati anamnestici mi sembrano assai espliciti: in famiglia vi sono stati parenti deceduti per emorragia anche in tenera età, tutti di sesso maschile e discendenti di maschi emofilici. Nulla di analogo mi è stato possibile porre in luce a carico dei parenti di sesso femminile.

Vi è inoltre nel nostro paziente, una certa disposizione a dolori articolari, pur senza aver avuto emorragie, che richiamano però una certa tendenza agli emartri tipici dell'emofilico, e che nessun carattere comune avevano colle artralgie di natura reumatica o comunque infettiva.

La conferma inoltre dello stato emofilico del paziente, ci viene data dal notevole ritardo del tempo di coagulazione del sangue che nel caso descritto è di ben h. 2,10.

Ai fatti suddetti nettamente positivi per l'emofilia fanno riscontro gli altri, negativi, quali la prova del laccio, che è generalmente positiva nelle altre diatesi emorragiche.

È facile escludere il morbo di Schönlein-Henoch per il quale mancano anzitutto il fattore purpurico, nonchè la presenza di febbre che accompagna i dolori a tipo reumatoide e la disposizione spesso simmetrica della porpora che colpisce prevalentemente gli arti. La porpora (macchie cioè lenticoliformi, rosse, piatte, possono essere accompagnate da eritema a tipo di orticaria) può avere anche delle intermittenze; ad ogni nuova accentuazione del fenomeno purpurico si ha una esacerbazione di questi fatti (dolori, febbre, edemi) che possono essere accompagnati anche da emorragia a carico dei visceri addominali. Nulla di notevole offre l'esame del sangue che ci dà reperti pressochè normali, mentre nel morbo di Schönlein a carico dei vasi si avrebbe il fattore porpora dovuta a fatti tossici (tossicosi capillare emorragica di Frank) delle pareti dei capillari con fenomeni emorragici, essudativi e trasudativi. Fatti questi variamente interpretati dal Lunedei il quale pensa ad una reazione dei tessuti a sostanze tossiche varie, istaminosimili alcune, altre dotate di potere chemiotattico sui leucociti, ed altre che favoriscono la diapedesi degli eritrociti, le quali sarebbero la causa delle emorragie. Esse avverrebbero per diapedesi e, secondo la scuola di Schüpfer, permetterebbero di spiegare anche le emorragie cutanee da stimolazioni chimiche per iniezioni di sostanze proteiche, tubercoline ecc. nonchè fisiche quali quella di stasi (prova del laccio). Nel quadro quindi dell'angiopsatirosi essenziale di Ceconi rientrerebbero le « sindromi emorragiche venulari costituzionali » del Lunedei nelle quali l'assenza dello « spasmo capillare di difesa » favorirebbe l'aumento del tempo di emorragia dimostrando così la labilità degli ultimi rami venosi per modificazioni delle loro pareti vasali. Il dosaggio del fibrinogeno, che ha dato un risultato normale, praticato col metodo di Cullen-VanSlyke modificato da Stanzani (*Minerva Medica* 1924) mi ha permesso di escludere la pseudomofilia, della quale tipica è la fibrinopenia, nonchè una positività delle prove del Ducke e di Koch.

Troppo diversi dal nostro mi sembra siano i quadri delle « porpore sintomatiche » di cui le diatesi piastrinopeniche, così dette in senso lato, sono gran parte. Siano esse di origine splenica e mielosica (vedi le milosi nelle loro molteplici varietà parziali miste e globali), in cui

l'elemento piastrinopenia è originato da una alterazione della funzione piastrinoblastica del midollo osseo e nelle quali il sintomo emorragia o porpora è legato ai fattori assai diversi da quello dell'emofilia nonchè a lesioni vasali anche diffuse (vedi leucemie). Inoltre splenomegalia, aumento del tempo di emorragia, retrattilità del coagulo, positività delle prove del laccio, di Hess, di Koch, e del martello, permetteranno con notevole facilità la differenziazione di queste porpore sintomatiche dalle vere diatesi emorragiche in senso stretto. Analogamente si dica per la diatesi emorragica che è sintomo delle endoteliosi, pure essa legata a fattori diversi quale quello infettivo (streptococcus viridans) al quale sarebbe collegato un aumento dell'attività del reticolo endotelio che darebbe una piastrinolisi nonchè una alterazione tossica del sistema piastrinoblastico. Inoltre vi sarà l'elemento febbre che richiamerà la diagnosi di endoteliosi (endocardite lenta ed altre forme streptococciche e non ad andamento acuto cronicizzante) nelle quali le manifestazioni emorragiche diffuse oltrechè essere estremamente rare appartengono agli stadi molto avanzati della malattia.

Nelle affezioni epatiche si possono pure avere fatti a caratteri diatesico-emorragico ma a tipo però secondario: troppo si discostano dal quadro dell'emofilia perchè possano essere qui oggetto di estese considerazioni. È bensì vero che si possono avere ritardo del tempo di coagulazione, positività della prova del laccio ecc. ecc., così da richiamare i quadri del Werlhof e dell'emofilia ma tali sintomi, dovuti ad incoagulabilità del sangue per inagglutinabilità e inadesività piastrinica nonchè a diminuita resistenza vasale, si accompagnano ad altri non meno importanti così da far porre la diagnosi di diatesi emorragica da epatopatia (pseudoemofilia epatica di Frank).

E tralascio qui di parlare di tutte le altre forme di natura infettiva (vaiolo, sepsi meningococcica, porpore malariche, gonococciche, luetiche), tossica (benzolo, fosforo, salvarsanici, mercurio ecc.), o avitaminosica (scorbuto) nelle quali ultime la lesione è a carico dei capillari e della sostanza intercellulare, perchè troppo ci si allontanerebbe dal caso nostro.

Il dosaggio del calcio nel sangue (metodo di Kramer e Tisdall) che ha dato pure reperto normale, mi fa escludere che tale diatesi sia dovuta a deficienza di sali di calcio o a scarsa fissazione dei medesimi.

* * *

Il richiamo dei quadri clinici delle diatesi emorragiche, esposto assai succintamente, lascia vedere come le sindromi non siano sempre pure, anzi più spesso possono presentarsi come forme di passaggio o miste tali da far pensare che i vari elementi che costituiscono la patogenesi di dette forme diatesiche, siano esse alterazioni del sangue o lesioni vasali, possono fondersi in uno stesso caso clinico. Di tale avviso sono non pochi autori, primo fra tutti il Morawitz, seguito da numerosi altri, nell'ammettere che una e primitiva è la patogenesi di alcune diatesi emorragiche (ad es.: Morbo di Werlhof) pure essendo multiple le alterazioni che si riscontrano a carico di elementi vari del sangue e dei vasi i quali ritrovano tutti la loro comune origine del mesenchima. L'alterazione quindi sarebbe iniziale e ad essa si dovrebbe far risalire il criterio unicista nella patogenesi delle diatesi emorragiche avanzate, implicitamente o esplicitamente, da questi autori.

Anche nel caso nostro vi è qualche elemento che esce dal classico quadro dell'emofilia per sconfinare nel campo di diatesi emorragiche dovute prevalentemente a labilità vasale.

La prova di Hess infatti e quella del colpo di martello sono risultate positive pur non avendo dato luogo a forti ematomi ma semplicemente a chiazze, abbastanza larghe, di suffusione emorragica. Con questo verrebbe dimostrata una certa labilità vasale che esce dal quadro classico dell'emofilia, per rientrare nel quadro della diatesi, pure essenziale, ma da debolezza delle pareti vasali (morbo di Werlhof ecc.).

Con questo non intendo modificare la diagnosi posta in emofilia vera. Troppi e fondamentali fattori mi confortano in questo: la ereditarietà, la limitazione al sesso maschile e il ritardo di coagulabilità del sangue, per non citare che i principali. D'altra parte non pochi sono gli Autori che riconoscono la possibilità che un certo grado di labilità vasale capillare esista pure negli emofilici.

La spiegazione della presenza di alcuni sintomi di morbo di Werhoff negli emofilici, come nel nostro caso, io credo potrebbe risiedere nelle emorragie ripetute e nello stato di anemizzazione progressiva del malato, la quale ultima può portare ad una labilità vasale. La prova di Hess, del colpo di martello e l'aumento del tempo di emorragia nel caso qui riportato non sarebbero quindi manifestazioni di emofilia, ma solo sintomi che vi si aggiungono in secondo tempo per l'associarsi di un'altra sindrome emorragica.

(La lesione alla III falange riportata in seguito al trauma, consisteva molto probabilmente in un ematoma, con interessamento dell'osso la cui notevole entità è da riferirsi con

altrettanta probabilità più che al trauma allo stato emofilico del paziente).

Posta così questa diagnosi ho pensato di applicare, fra le varie che mi ero proposto, la terapia ovarica.

I metodi di terapia dell'emofilia, che sino ad oggi sono a carattere puramente sintomatico, non sono pochi.

Anzitutto vanno annoverati gli estratti di tessuti o di elementi morfologici del sangue: il Coaguleno, preparato con estratti di piastrine avrebbe un'azione trombocinasica, mentre lo Zimema preparato con sangue di cavallo, in quanto ricco di fibrinfermento sarebbe raccomandabile perchè privo di azione anafilattica. Il Clauden, estratto di tessuto polmonare, è ad azione assai energica, ma usato per via endovenosa può dare delle trombosi.

Weil nel 1905 ha consigliato le iniezioni di siero umano o animale (di cavallo) per via endovenosa ed endomuscolare, pensando ad una azione della trombina contenuta nel siero mentre oggi si ritiene che l'azione sia a carattere proteinico aspecifico; nel senso che si avrebbe un aumento della secrezione del fibrinogeno e del trombozima da parte degli endoteli nonchè una gettata in circolo di sostanze tromboplastiche. Azione analoga avrebbero pure la gelatina e il peptone di Witte, al 5 % in soluzione fisiologica alla dose di 5-10 cc., secondo Holf ed Hewy, ma sconsigliato, quest'ultimo, da Weil ed altri perchè incerto negli esiti e tossico.

Lo stesso principio ha consigliato a Riecker e Lichty di praticare del vaccino antitifico per iniezione, ma il miglioramento ottenuto è troppo lieve.

L'aumento della coagulabilità del sangue provocato dallo choc anafilattico da siero ha spinto Vines e Mills a proporre, per la cura dell'emofilia, una reazione anafilattica locale, provocata da iniezioni sottocutanee di siero.

Van den Velden ha proposto le soluzioni ipertoniche di Cloruro di sodio e Cloruro di calcio al 15 % (20-30 cc,) per via endovenosa con risultati discussi da altri autori (Morawitz e Wöhlisch).

Effetti assai scarsi, quasi nulli, ha dato ad Elving, l'irradiazione della milza e del fegato proposta da Stephan il quale pensava ad una stimolazione del reticolo endotelio. Ma altri (Szenes, Meuffer ecc.) pensa che tale azione sia dovuta a sostanze coagulanti che vengono messe in circolo per la distruzione dei linfociti. Pure risultati nulli ha dato la diatermia della milza a Nonnenbruck e Sryszka i quali invece ne hanno ottenuti di ottimi con l'Eufillina.

La trasfusione di sangue proposta da numerosi autori come la cura più adatta dell'emofilia ha dato risultati ottimi, in quanto si ottiene un aumento della coagulabilità del sangue emofilico, e quindi l'arresto dell'emorragia e un miglioramento dello stato di sanguificazione del Paziente. L'inconveniente del metodo è la breve durata dell'azione emostatica del sangue trasfuso, cosicchè si può avere una ripresa delle emorragie.

Il metodo di Weil a base di siero di cavallo, pur essendo un trattamento sintomatico, riesce a lungo andare (iniezione di 20 cc. di siero ogni 2 mesi per alcuni anni) a modificare in senso favorevole e definitivo la diatesi emofilica. (Sarebbe da accertare se tale metodo ha dato qualche reazione anafilattica nel qual caso l'aumento della coagulabilità del sangue sarebbe da attribuirsi a fatti di natura anafilattica).

Un meccanismo ipotetico, in quanto non provato, avrebbe la « Nateina » proposta dal Llopis sin dal 1919, prodotto, con metodi speciali di preparazione, a base di vitamine A, B, C. D. addizionato a fosfato di calcio e lattosio. Secondo il Llopis le diatesi emorragiche sarebbero malattie da carenza di vitamine con conseguenti modificazioni sia del sangue che degli endoteli vasali. Si tratterebbe quindi di una terapia sostitutiva. Il meccanismo della cura e i suoi risultati, in buona parte favorevoli, sono stati variamente giudicati dagli AA. (Klemperer, Niehau, Schnitzler, Marcantoni, Samek, Morawitz).

Lo Zeigdroth (1928) ha consigliato nella terapia dell'emofilia la somministrazione di vitamine; una dieta a base di mele, limoni e pomidori sembra abbia notevolmente giovato a due emofilici.

Bertarelli nel 1923 avanzava la proposta di studiare da un punto di vista sia biologico che terapeutico l'azione dell'estratto ovarico nell'emofilia ribadendo poi nel 1928 l'idea, precedentemente avanzata « della possibilità di azioni ormoniche che correggono il difetto di composizione del sangue ».

È stata pure tentata da Pickering (1929) l'opoterapia epatica che favorirebbe la formazione di fibrinogeno da parte del fegato.

N. Kulgelmass e J. Tritsch (1929) hanno creduto opportuno prevenire lo stato emofilico del nascituro curando la madre durante il periodo di gravidanza. Essi hanno prescritto un regime alimentare ricco di proteine animali attraverso un dietetico costituito in gran parte di visceri (reni, cervello, fegato, pancreas, testicoli ecc.). Il sangue materno infatti, già malato (la donna aveva avuto quattro figli mancati poi per diatesi emorragica) ridiventò normale e il bimbo nacque sano.

E veniamo alla terapia ovarica dell'emofilia.

Il primo tentativo praticato a Londra da Grant nel 1904 e protratto per un mese e mezzo, con somministrazioni di estratto ovarico, a un emofilico, ha dato buoni risultati.

Heyter nel 1913, otteneva buoni risultati con lo stesso metodo.

Si è pensato così al trapianto di ovaia che ha dato esito infausto ai primi sperimentatori, Hynek e Prevowsky, in quanto l'A. morì per formazione di vasto ematoma in sede di innesto; mentre invece riuscì a H. B. Thomas dell'Università di Illinois.

Nel 1930 Niehaus ha innestato due fratellli, uno di 10, l'altro di 25 anni, emofilici, con ovaie; ad uno mezzo ovaio di vitello senza corpo luteo, al secondo un ovaio di pecora con corpo luteo. A distanza di sei mesi notò che nell'emofilico innestato con *ovaio senza corpo luteo* il tempo di coagulazione era sceso da 5 ore a due ore e mezzo e che la ghiandola innestata era stata riassorbita; mentre nel fratello innestato con ovaio con corpo luteo non si aveva avuto nessuna diminuzione del tempo di coagulazione. Risultati analoghi l'A. aveva ottenuto con innesto di ovaio umano. Niehaus deduce da ciò che l'ormone ovarico favorisce la coagulazione e che la sua secrezione ormonica sia alternante: a carattere cioè favorevole e contrario a periodi alterni.

Djsard e Foord (1932) in emofilico operato di tonsillectomia riescono a frenare l'emorragia con iniezioni di estratto ovarico.

Kimm e Van Allen (1932) in Cina, a Peiping, riescono ad ottenere la cicatrizzazione di una ferita in emofilico di 10 anni, proveniente da famiglia di emofilici, somministrando quotidianamente, per via endomuscolare, dell'estratto ovarico. Essi affermano che l'ormone ovarico favorisce la coagulabilità del sangue, e che le dosi massive non agiscono mentre le dosi piccole, somministrate continuamente, danno risultati favorevoli.

Nel 1931 la Dott. Birck procedeva a iniezioni giornaliere di estratto ovarico a un emofilico per un periodo di otto mesi riuscendo a sospendere per questo periodo e per due mesi e mezzo successivi ogni emorragia. L'innesto di ovaio, praticato a un altro emofilico, aveva agito in modo che l'esame del sangue era risultato normale per cinque mesi.

Ricerche condotte dalla Birck sugli emofilici hanno dimostrato che generalmente nella urina dell'uomo normale si ritrova ormone sessuale femminile, e che l'urina degli emofilici differisce da quella dei maschi normali per l'assenza di una quantità apprezzabile di ormone sessuale femminile.

La Dott. Birck parla inoltre di aumento di resistenza delle piastrine come causa della ritardata coagulazione del sangue nell'emofilia e afferma che se si vince meccanicamente tale resistenza il sangue dell'emofilico coagula in tempo normale.

Essa dimostra questo fatto sperimentalmente traumatizzando delle piastrine, in un mortaio, separate da sangue emofilico. Queste piastrine traumatizzate aggiunte a sangue emofilico hanno provocato la coagulazione di questo sangue 27 minuti dopo l'estrazione dalla vena e 17 minuti dopo il trauma nel mortaio. Il tubo controllo ha richiesto 3 ore e 25 minuti per la coagulazione.

La Birck però, a quanto mi risulta, non spiega se vi è e quale sia la relazione che intercorre fra azione meccanica, da essa provocata artificialmente, e azione ormonica dell'estratto ovarico sulla resistenza delle piastrine e quindi sulla riduzione del tempo di coagulazione del sangue emofilico.

La cura ovarica, praticata dalla Birck, consisteva in somministrazioni per via sottocutanea, intramuscolare ed orale, di una dose quotidiana variante da gr. 0.97 a gr. 5.2 di estratto ovarico per periodi vari a seconda dei malati. Questa indicazione della Birck è in verità alquanto vaga perchè non chiarisce i rapporti fra grammi e unità fisiologiche oggi esclusivamente usate per il dosaggio dei preparati ovarici. I risultati furono molto favorevoli sia per le condizioni generali dei malati sia nei riguardi delle manifestazioni emofiliche.

I tentativi di cura praticati con estratti testicolari e mammario non hanno dato risultati favorevoli; quelli con lobo anteriore d'ipofisi sono tuttora in corso.

Ravina (1932) in Francia ha proposto l'uso di questo metodo terapeutico dell'emofilia a scopo preventivo quando si debba intervenire chirurgicamente in emofilici ed in casi limitati alle gravi emorragie dei medesimi.

A. A. Birck (1932) avrebbe operato con esito felice un emofilico di 20 anni di rimozione del setto previa terapia ovarica per otto giorni con gr. 0.32 di ovaio.

C. Battignani (1933) afferma che nessuna azione esercitano gli estratti ovarici secchi per via orale, mentre quelli freschi somministrati per un periodo prolungato a piccole dosi esercitano una influenza benefica sulla coagulazione del sangue. Nè è trascurabile, secondo l'A., il pronto arresto e successiva scomparsa delle manifestazioni emofiliache.

Nel caso capitato alla mia osservazione, ho iniziato subito la cura a base di estratto ovarico somministrando quotidianamente XXX gocce alla mattina e XXX al pomeriggio di Cristallo-

var, pari cioè a 50 unità topo giornaliere. Ho protratto tale somministrazione per circa un mese ed ho osservato in tale periodo che già al sesto giorno di cura ovarica la ferita al dito medio destro aveva assunto un aspetto assai migliore; il sangue ne gemeva in quantità minima (mentre ai primissimi giorni si aveva sempre qualche emorragia) e l'aspetto del sangue stesso era notevolmente migliorato. Dopo circa un mese la ferita si era assai ridotta.

A tale epoca, ho voluto perciò sospendere la somministrazione di estratto ovarico per controllarne l'azione, osservando se la ferita si

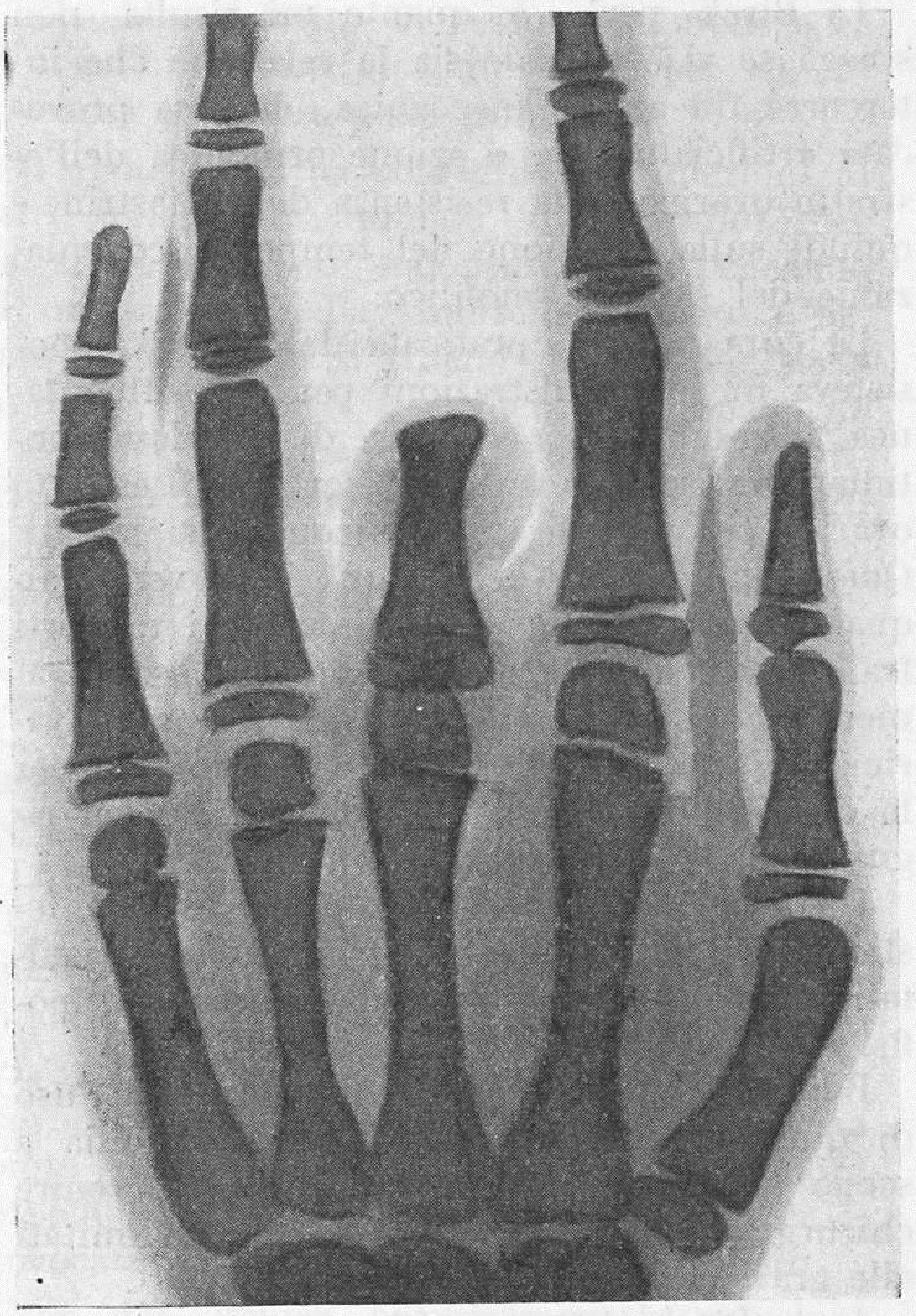


FIG. 2.

fosse egualmente cicatrizzata in modo definitivo: avrei potuto in tal modo affermare l'azione a distanza dell'ormone ovarico. Ma l'emorragia due giorni dopo la sospensione riprendeva e si rinnovava ad ogni medicazione per cui ho dovuto ritornare, dopo otto giorni di sospensione, a somministrare estratto ovarico. Sono così cessate nuovamente le emorragie e la ferita, già in via di riparazione, si è definitivamente chiusa l'8 luglio 1933. (Avevo veduto il paziente la prima volta il 25 maggio 1933). Il paziente durante tale periodo ha migliorato notevolmente nelle sue condizioni generali, l'appetito è aumentato e il pallore prima cereo, si è alquanto ridotto.

(Secondo Frank (*The female sex hormone*) gli estratti ovarici secchi sarebbero inattivi e l'A. M. A. (1930) ha riconosciuto solamente i preparati in soluzione).

A tale epoca ho proceduto al controllo degli esami sul sangue ottenendo i seguenti risultati:

Hb. 75 (Sahli); globuli rossi 4.100.000; globuli bianchi 6500; valore globulare 0,91; polinucleati neutrofili 65, basofili 0, esonofili 0,5 %; Monociti 2. Non forme immature della serie rossa.

Conteggio delle piastrine 320.000. Tempo di coa-

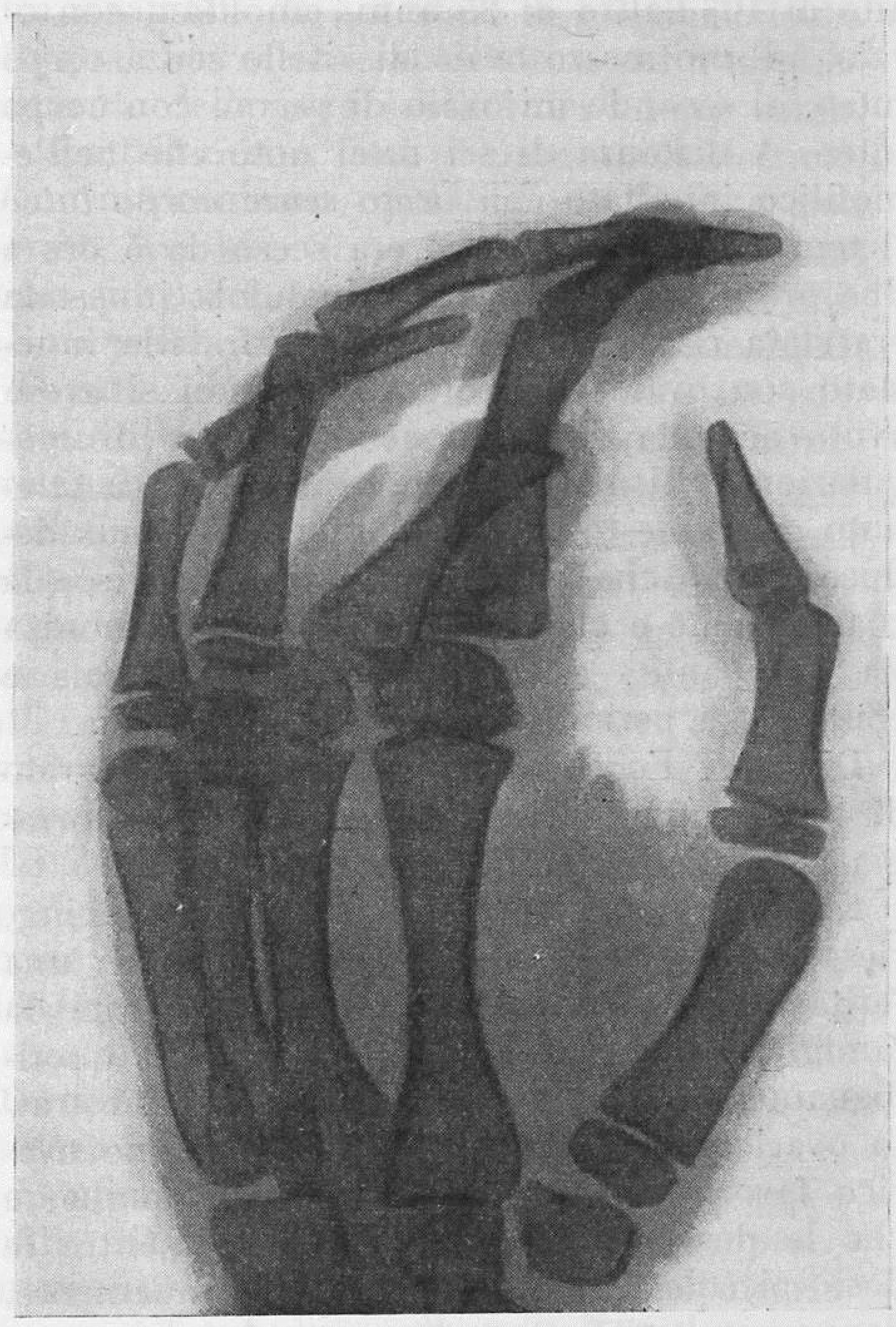


FIG 3.

gulazione 23 minuti. Retrazione del coagulo 10 ore. Prova del laccio negativa. Tempo di emorragia 8 minuti. Prova di Koch negativa. Prova di Hess leggermente positiva. Prova del colpo di martello leggermente positiva. Dosaggio del fibrinogeno 25,5 mmg. ‰.

L'esame radiologico praticato due mesi dopo ha dato il seguente reperto:

*Scomparsa completa delle apposizioni ossee di origine periostitica. Si ha la* restitutio ad integrum *della struttura e della calcificazione del moncone residuo della falange basale del dito medio di destra* (vedi radiografia n. 2 e 3).

L'a. è attualmente guarito dalla lesione al dito medio di destra, le condizioni generali sono assai migliorate, lo sviluppo procede regolarmente.

L'azione dell'estratto ovarico è stata, secondo l'impressione mia, veramente buona. Il tempo di coagulazione si è notevolmente abbassato. il che ha permesso evidentemente la riparazione della lesione. Certo permane lo stato diatesico; ma è già molto avere a nostra disposizione un mezzo che, io ritengo, è di notevole valore nella cura e nella prevenzione dele emorragie degli emofilici.

CONCLUSIONI.

1) L'ormone ovarico ha esercitato un'azione indubbiamente favorevole sulla cicatrizzazione della ferita.

2) La somministrazione per via orale si è dimostrata evidentemente di efficacia notevole e pari, negli esiti, all'altra per via ipodermica sperimentata da altri AA, forse in rapporto al veicolo alcoolico, che secondo ricerche recenti (Schoeller e coll., Maino) facilita l'assorbimento dell'ormone.

3) L'azione si è manifestata abbassando notevolmente il tempo di coagulabilità del sangue, il tempo di emorragia e di retrattilità del coagulo, senza che vengano per nulla modificati i caratteri degli elementi morfologici.

4) La quantità di fibrinogeno è rimasta normale.

5) L'azione dell'ormone ovarico non è stabile e definitiva ma temporanea: la sospensione del medicamento permette la ripresa delle emorragie dopo 5-6 giorni.

6) L'ormone ovarico deve essere somministrato a piccole dosi ma continue.

7) Ritengo che la cura possa essere applicata anche a scopo preventivo nei casi in cui si hanno frequenti emorragie spontanee.

8) La cura non dà alcun disturbo in nessun periodo della somministrazione di ormone ovarico.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di emofilia vera ponendolo a raffronto con le altre emopatie. Ricordati i vari mezzi terapeutici sino ad oggi escogitati ed applicati, espone il tentativo, che ha avuto esito favorevole, fatto con estratto ovarico somministrato per os. Esso venne usato nella cura di una lesione, di natura traumatica, di un emofilico. L'A. ritiene perciò che l'estratto ovarico possa essere vantaggiosamente applicato nella cura delle manifestazioni emorragiche degli emofilici.

BIBLIOGRAFIA.

E. BERTARELLI. *La terapia ovarica dell'emofilia è una rivendicazione italiana.* Il Policlinico, Sez. Pratica, anno XXXIX, n. 51, 19 dicembre 1932.

C. L. BIRCH. *Hemophilia plalelet study and treat ment with ovarian extract and transplantation.* Proc Soc. Exper. Biol. & Med. 20, 752-753, april, 1931.

ID. *Hemophilia and the Female sex hormone.* The Journal of the medical Association, vol. XCVII, n. 4, 25 juillet 1931.

ID. J. A. M. A., n. 97, p. 244, 25-7-1931.

ID. J. A. M. A., n. 99, p. 1566, XI, 1932.

FOORD et DYSART. *Trattamento dell'emofilia con estratto ovarico secondo il metodo di Birch.* The J. of the Amer. Med. Assoc., n. 17, 23 avril 1932.

KIM et VAN ALLEN. *Emofilia: prevenzione e trattamento delle emorragie con estratto ovarico*, p. 991; The Journal of the American Med. Ass., 535, North Deaborn street, Chicago, LXCIX, 1932, 17, 9.

MAINO. Archivio dell'I. B. I., n. 31, 1930.

PAUL NIEHAUS. *Vorläufige Mitteilung zur Behandlung der Haemophilie.* Schweiz. Medizinische Wochenscrift, n. 1, 4 janvier 1931.

A. RAVINA. *Traitement des hémorragies graves de l'hémophilie par l'extrait ovarien.* Presse Médicale, n. 98, 7 décembre 1932.

ID. *Le traitement de l'hémophilie par l'extrait ovarien.* Presse Médicale, 25 février 1933, n. 16.

BATTIGNANI. Rivista di Clinica medica, 1933, n. 6.

RONDONI. Biochimica.

STANZANI. Minerva Medica, 1924.

SCHINZ. Lerbuch der Röntgen-diagnostik, vol. I, p. 427.

SCHOELLER, DOHRN, HOTTLWEG. Medical Journ. a. Record., n. 10, 1930.

MESSINI. Le forze sanitarie, n. 19, 15, XII, 1932, p. 1613.

DI GUGLIELMO. Atti Congresso Medicina Interna, 1927.

WEIL. Presse Med., 1905. Cong. Med. Franc. 1910.

RIECKER e LICHTJ. Journ. labor. and. clin. med., 1929, Bd. 114.

VAN d. VELDEN. Dtsch. Arch. f. Klin. Med., 1914, Bd. 14.

NONNEBRUCH e SZYSZKA. Deut. Arch. f. Klin. Med., 1920.

LLOPIS FELIPE. *Hâmophilie und irhe Betrandlung.* Y. A. Barth. Leipzig, 1929.

ZEIGDROTH. Munch. Med. Woch., 1928, 3, pag. 135.

# OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale Civile di Padova

## Sul sintoma descritto dal Comolli nelle fratture di scapola.

Dott. G. B. Cengiarotti, aiuto di chirurgia.

Recentemente il Comolli (1) richiamava l'attenzione su un sintoma, da lui per primo messo in evidenza, che si riscontra in certe fratture della scapola: sintoma che è patognomonico e che, quando esiste, permette di porre la diagnosi con grande facilità e rapidità, talora dopo la semplice ispezione. Questo sintoma si trova nelle fratture interessanti il collo chirurgico e qualche volta anche nelle fratture che interessano il solo corpo della scapola, ma in vicinanza dell'angolo esterno e consiste nella rapida comparsa al dorso dopo il trauma di una tumefazione triangolare, che riproduce all'ingrosso la forma del corpo della scapola, nettamente visibile e anche ben palpabile come una specie di cuscino, a superficie posteriore convessa e liscia. La tumefazione permane evidente per 8-10 giorni, dopo di che comincia a regredire.

Il Comolli ha interpretato tale formazione come dovuta al raccogliersi, nelle tre loggie della scapola, di una raccolta ematica, proveniente dal focolaio di frattura.

Per il fatto di essere le loggie completamente chiuse a causa dell'aderenza delle fascie alla scapola e all'estremo superiore dell'omero avviene che il sangue stravasato vi rimane raccolto ed essendo la scapola applicata contro un piano resistente, l'intumescenza che ne risulta, estrinsecandosi completamente in direzione periferica, solleva fortemente sottocutaneo e cute così da provocare la comparsa della netta tumefazione triangolare.

E questo aspetto caratteristico, che viene ad assumere la regione, non può essere confuso, come dice l'A., con una tumefazione per contusione diretta della parte o con un sollevamento della scapola in rapporto a fratture costali e versamento ematico fra queste e la scapola, in quanto che in questi casi manca il caratteristico cuscinetto a superficie posteriore convessa e liscia e non è visibile il margine mediale della scapola.

Il Comolli ha poi precisato che qualche volta però il sintoma può apparire poco chiaro e di efficacia dubbia.

La ragione di questo, secondo l'A., sta nel fatto che in questi casi la rima di frattura non interessa l'angolo esterno, là dove l'osso diventa spugnoso e dove si trovano i punti di penetrazione dei vasi di maggior calibro, che irrorano la scapola, i soli che possono dare una emorragia sufficiente a distendere le fascie e fare apparire il fenomeno con caratteri netti; oppure la lacerazione delle fascie, e conseguente apertura delle loggie muscolari, permette l'esodo del sangue nei tessuti vicini.

Ad ogni modo quando il sintoma esiste ben pronunciato esso è caratteristico e costituisce un segno patognomonico prezioso.

Questo *sintoma del Comolli* merita di essere bene conosciuto e divulgato in quanto che permette alla semplice ispezione di porre la diagnosi di frattura della scapola colla massima facilità e sicurezza. E si comprende di quanta utilità esso sia per la pratica, dato che sono proprio i tipi di frattura della scapola, nei quali si riscontra il sintoma, quelli di più difficile diagnosi. Si sa che in queste fratture i sintomi finora a disposizione per il lavoro diagnostico sono incerti e incostanti tanto che è solo l'esame radiografico che dà la certezza della diagnosi o il più delle volte rivela addirittura una frattura insospettata.

***

Io ho osservato ora un caso di frattura del collo chirurgico e del corpo della scapola, nel quale il sintoma era ben evidente e credo valga la pena di richiamare su di esso l'attenzione, non solo perchè si tratta del primo caso che viene reso noto in Italia, ma anche perchè su particolarità, che esso presenta, si possono basare considerazioni sulle condizioni che possono favorire la comparsa del sintoma.

Il caso riguarda un portinaio, certo Luigi B. di anni 43, da Vigonza (Padova).

Il giorno 7-IV-1934, verso le ore 21, mentre percorre la strada in bicicletta, viene urtato da una automobile e gettato violentemente a terra. Sollevato e soccorso dai presenti è adagiato sulla stessa automobile investitrice e trasportato all'ospedale. Avute le prime sommarie medicazioni al pronto soccorso, viene trattenuto per sospetta frattura dell'estremo superiore dell'omero D. Vedo il sinistrato verso le ore 23 cioè a circa 2 ore di distanza dall'infortunio. Presenta alcune escoriazioni alla faccia ed accusa un vivo dolore alla spalla D. I movimenti dell'arto sono ridotti minimamente, ma provocano un dolore acuto, che il paziente localizza alle regioni scapolare e soprascapolare D.

Messo sull'avviso dalla lettura del lavoro del Comolli, passo subito ad esaminare il malato dal lato dorsale e fattolo sedere ed osservatolo al dorso mi colpisce subito la presenza di una notevole tumefazione alla zona corrispondente alla scapola D. Disposto perciò il paziente in modo atto al confronto con il lato sano e cioè con gli arti superiori in posizione simmetrica, a braccia verti-

(1) A. Comolli. Zbl. fur Chirugie, 1932, n. 15. Id. La Presse Médicale, 1934, n. 55.

cali, aderenti al tronco e in buona luce, risulta a destra la tumefazione molto pronunciata, che si estende a tutta la regione ma in cui la parte più alta, corrispondente alla regione soprascapolare, spicca maggiormente, per essere più sollevata. La tumefazione ha nel complesso una configurazione triangolare e superficie posteriore liscia e convessa. Sono scomparse le sinuosità caratteristiche date dai due muscoli posteriori della scapola e così pure la sporgenza formata della spina.

Non rimane che una specie di cuscino uniforme senza impressioni o rilevatezze, di forma triangolare, che riproduce all'ingrosso quella del corpo della scapola.

Il confronto con il lato sano mette bene in evidenza il netto contrasto esistente (fig. 1).

Pur non avendo osservato in precedenza il sintoma, tuttavia i segni mi appaiono tanto caratteristici che, esclusa una eventuale concomitante frattura dell'omero, faccio con sicurezza diagnosi di frattura della scapola.

L'esame radiografico conferma la diagnosi mettendo in evidenza (figg. 2 e 3): Frattura del collo chirurgico della scapola, comprendente la spina, che è staccata dal resto; il frammento formato dalla glenoide, dal collo e dall'apofisi coracoide, spostato e ruotato in avanti e medialmente, è diviso in due da una linea di frattura trasversale, che distacca il terzo inferiore della glenoide e del collo dal resto. Dalla linea di frattura del collo ne parte un'altra, che si dirige in basso e medialmente e raggiunge a metà il margine vertebrale, là dove un frammento di questo, a forma triangolare, è staccato. In vicinanza della linea di frattura del collo si trovano piccoli frammenti multipli del corpo e del margine superiore.

Posto il malato con il braccio orizzontale in trazione, ho seguito giorno per giorno il comportarsi del sintoma. Ho potuto così notare come la tumefazione si sia conservata inalterata per 7-8 giorni, dopo di che si è iniziata una lenta e gra-

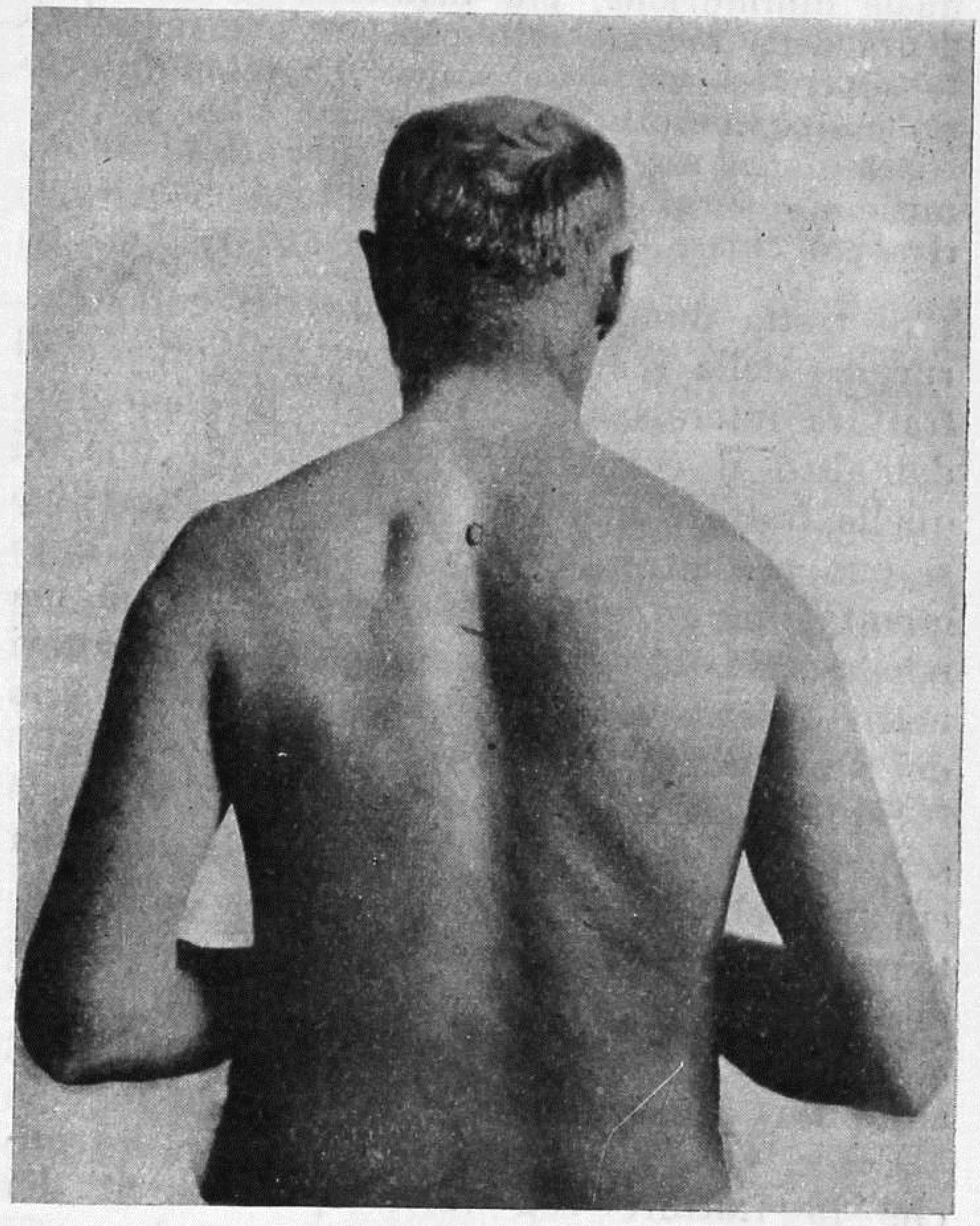


FIG. 1.



FIG. 2.

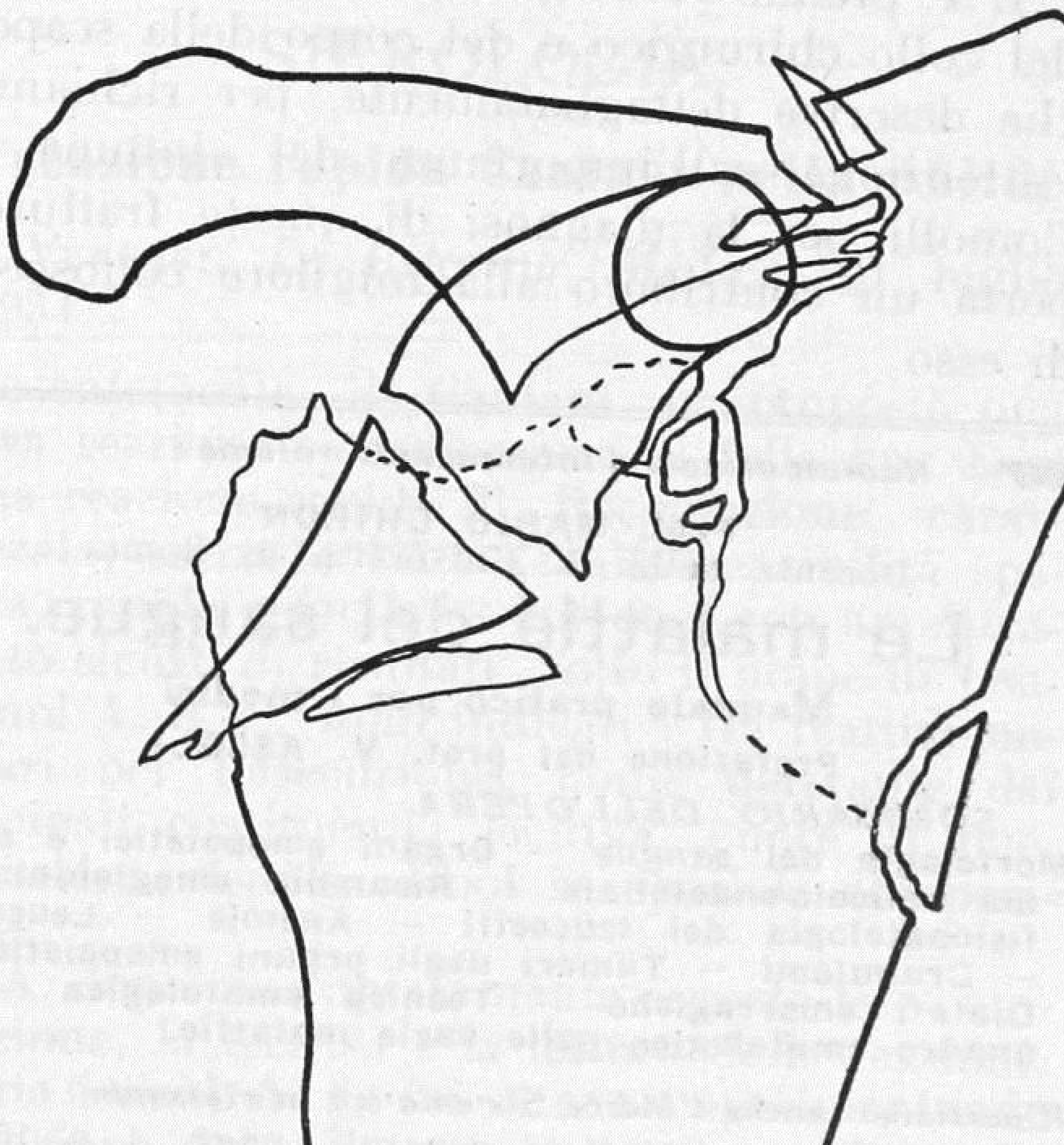


FIG. 3.

duale diminuzione, più manifesta in corrispondenza della regione sottoscapolare che nella parte supero-esterna della scapola, dove la tumefazione si è conservata più a lungo.

Nei giorni seguenti si ebbe una rapida diminuzione e verso il 12° giorno il segno non appariva più chiaro.

Si tratta dunque di frattura del collo chirurgico della scapola compresa la spina e di frattura interessante da un lato la glenoide e dall'altro il corpo della scapola; di una di quelle fratture in cui il sintoma caratteristico si può riscontrare. Dico si può perchè, dato quanto fino ad ora si sa, in essa il sintoma non sarebbe costante, almeno con caratteri netti, quando esista un notevole spostamento dei frammenti.

Sembra che con ciò quel complesso chiuso scapolo-fasciale dentro al quale la raccolta ematica, che consegue alla frattura, viene trattenuta, possa venir scontinuato in grado tale che, sfuggendo il sangue al di fuori, venga a mancare il substrato per la comparsa del sintoma.

Come si vede nel presente caso però anche in fratture con forte spostamento dei frammenti, il sintoma può essere presente con tutti i suoi netti caratteri e perdurare a lungo.

RIASSUNTO.

L'A. prende occasione da un caso di frattura del collo chirurgico e del corpo della scapola, che descrive dettagliatamente, per richiamare l'attenzione sull'importanza del sintoma del Comolli per la diagnosi di queste fratture e porta un contributo alla migliore conoscenza di esso.



# SUNTI E RASSEGNE

## VASI SANGUIGNI.

### L'ischemia conica cutanea nella tromboangioite obliterante.

(J. DIEZ. *Prensa Médica Argentina*, 28 marzo 1934).

Si dà il nome di ischemia conica cutanea ad un tipo di lesione che si osserva con grande frequenza nella tromboangioite obliterante e che non è stata ancora descritta.

Compare preferibilmente nei primi periodi della malattia, quando il paziente si lamenta solo della sua claudicazione intermittente, e quando ancora si è molto lontani dal terribile periodo doloroso dell'ischemia estesa.

È un tipo di lesione che si incontra solo nella tromboangioite obliterante per cui la consideriamo come patognomonica di questa malattia.

La sua localizzazione prediletta è nel polpastrello delle 4 ultime dita a circa 4-5 millimetri dall'orlo ungueale.

Segue in ordine di frequenza sul polpastrello o nella faccia esterna del grosso dito, sul letto ungueale, dello stesso dito e sui margini laterali della pianta del piede.

Al principio una piccola zona circolare della pelle il cui diametro non oltrepassa i 5 o 6 millimetri prende un colorito rosso morato e si fa leggermente dolorosa.

Con il passare dei giorni il colorito diventa sempre più intensamente scuro, la pelle che lo ricopre cade a poco a poco e rimane una lievissima ombellicatura; se la si comprime suscita dolore. I tessuti circostanti sono completamente normali.

Si mantiene in questo stadio per 2-3 mesi, poi lentamente si sclerotizza in modo che uno o due mesi dopo non rimane che una piccola cicatrice; è un tessuto fibroso, bianco e duro che si introduce nello spessore della pelle.

Quando l'ischemia conica cutanea riposa sul letto ungueale è molto dolorosa e si può cadere nell'errore di credersi in presenza di un'unghia incarnita; ciò è grave, perchè il togliere l'unghia, in parte od in toto, rompe l'equilibrio circolatorio dei tessuti; i dolori si esacerbano e la cicatrizzazione è difficile, anzi si impianta una suppurazione che dura molto tempo.

È facile spiegare il meccanismo eziopatogenetico che porta alla formazione di questo tipo di lesione.

Una delle arteriole arcuate della pelle è stata occlusa dal processo tromboangioitico, formandosi un vero infarto dermico col suo consecutivo stravaso sanguigno, che riproduce in miniatura ciò che si osserva negli infarti del polmone.

La cicatrice penetrante, dura e retrattile è consecutiva alla trasformazione fibrosa dell'infarto per azione dei fibroblasti che l'hanno invaso.

N. Di Paola.

## Tromboflebite dell'arto superiore rivelatasi in seguito ad uno sforzo.

(Huart. *La Presse Médic.*, n. 28, 1934).

L'A. riporta 1 caso di trombofl. dell'omerale s. sopravvenuta due giorni dopo uno sforzo.

Fu praticata resezione segmentaria della vena trombosata e simpaticectomia periomerale con esito ottimo. Dal pezzo anatomico non fu isolato alcun germe, assente era la febbre e la leucocitosi. Tutti questi dati facevano pensare alla origine traumatica della tromboflebite, però nel decorso postoperatorio sopravvenne il quadro della tromboflebite della v. giugulare interna e della mediastinite anteriore cronica che per i suoi caratteri e per la presenza di una R. W. leggermente positiva fu interpretata di natura luetica. Con mignattazione e cura specifica l'inf. guarì completamente e l'A. quindi riporta la tromboflebite omerale pure di natura infettiva, in cui lo sforzo ebbe solo valore di concausa, e dice come di questo tipo sono la maggior parte delle tromboflebiti da sforzo pubblicati dai vari AA. mentre ha sicuramente origine traumatica il caso comunicato da Lenormant e Mondor.

R. Grasso.

## I reperti di autopsia nel m. di Buerger.

(A. De Blasi. *Pathologica*, 15 aprile 1934).

L'autore riporta il reperto di autopsia di un 31enne già amputato in vita sugli arti inferiori per gangrena; per formare un quadro anatomico completo di questo morbo, raccoglie tutti i reperti di autopsia esistenti nella letteratura, in tutto 16.

Questo studio accurato gli ha permesso di constatare che:

1) La malattia si estende a tutto il sistema vascolare e predilige la sezione arteriosa di questo, compreso il cuore sinistro onde il primitivo concetto di Buerger che l'affezione delle vene superficiali sia una delle caratteristiche principali della malattia va perdendo di valore.

2) La lesione anatomica iniziale è a carico dell'intima delle arterie (tanto periferiche quanto degli organi interni) e consiste prima in necrosi e poi in ispessimenti reattivi; le trombosi secondarie sono frequentissime, estese, diffuse ai più varii distretti vascolari, e a fenomeni trombotici si ricollega e risale gran parte del quadro anatomico complesso della malattia; solo da questo punto di vista è ancora giustificata la denominazione di « Tromboangioite obliterante » imposta da Buerger.

Caratteristica è la manifestazione prevalentemente addominale del m. di Buerger, alla base della quale stanno trombosi o stenosi delle arterie mesenteriche e queste alterazioni delle mesenteriche sarebbero così importanti che Gawadis ha parlato nel m. di Buerger di una sindrome basata sul tripode anatomico: arterite della coronaria, della a. mesenterica ed endoarterite negli arti inferiori.

3) La gangrena degli arti inferiori è uno dei sintomi clinici frequentissimi ad osservarsi, ma non è essenziale e tanto meno caratteristico della malattia.

4) Caratteristica della malattia sembra invece, al tavolo anatomico, la sproporzione tra obliterazioni vascolari, sempre estese, e fatti gangrenosi assenti o limitati; la nutrizione dei tessuti viene mantenuta dalle arterie collaterali e non dai vasi di ricanalizzazione che si osservano nel tessuto obliterante — anche dove mancano vie collaterali, o sono senza, le amputazioni o disarticolazioni hanno sempre un risultato disastroso, come la disarticolazione alla Linsfranc o l'amputazione alla Pirogoff.

5) Le lesioni anatomiche osservate nel m. di Buerger hanno affinità notevole con quelle dell'endocardite verrucosa e talora nelle piccole arterie ed in arterie di organi parenchimatosi, si identificano con quelle della periarterite nodosa.

6) La morte sopraggiunge in età giovane ed è dovuta a trombosi o embolie in arterie di organi vitali.

N. Di Paola.

# SIEROLOGIA.

## La reazione rapida Cantani nella sifilide.

(A. Versari. *La Riforma, Medica*, 21 luglio 1934).

Recentemente il Cantani ha proposto una nuova reazione sierodiagnostica della lue. Essa è una reazione rapida di flocculazione, caratterizzata, secondo l'A., da alta sensibilità specifica, rapida e facile esecuzione, con apprezzamento sicuro di risultati. Sotto il nome di Leucofenol A. B. C. sono indicati i tre reattivi necessari per l'esecuzione, nome derivante dai principali costituenti: lecitina, cuore di bue, colesterina, fenolo alcool in speciale composizione.

L'A. dopo aver chiaramente esposto tale composizione, la tecnica e la lettura delle reazioni, riporta i risultati da lui ottenuti sperimentando la reazione del Cantani e paragonandola con quella di Wassermann e di Müller su di un complesso di 246 sieri, dei quali 12 di individui affetti da sifilosclerosi o ulcere miste, datanti da epoca diversa, 21 di individui con sifilide secondaria con manifestazioni in atto, 24 di luetici in periodo terziario con manifestazioni cutanee o di organi interni; 39 di individui affetti da sifilide latente o ignorata, curati e non, in periodo secondario e terziario,

56 con sifilide nervosa, 3 con lue congenita, 98 di individui non luetici affetti da malattie acute croniche diverse, 43 di soggetti sani presi come controllo.

Dall'insieme dei risultati ottenuti l'A. crede di poter concludere che:

1) nella sifilide secondaria con manifestazioni la Cantani dà una percentuale di positività al 100 % come le reazioni di Wassermann e di Müller;

2) nella sifilide primaria, terziaria con manifestazioni in atto, latente o ignorata in vario periodo, curata o non curata, nella sifilide nervosa e congenita, la reazione di Cantani dà una percentuale di positività inferiore alla Wassermann ed alla Müller;

3) in soggetti esenti da lue, ma con malattie varie, acute e croniche, la reazione di Cantani ha dato sempre risultato negativo, mentre la reaz. di Wassermann ha dato una percentuale di positività aspecifica del 0,70 % la reazione di Müller del 2,83 %;

4) in soggetti sani sia la reazione di Cantani che di Wassermann e Müller hanno dato risultato sempre negativo;

5) calcolando l'indice di sensibilità specifica secondo De Blasi, la reazione di Cantani ha dato come indice 52,38, la Wassermann 75,49, la Müller 80,02. Considerando che la reazione di Cantani non ha dato risultati aspecifici, sembrerebbe che l'antigene, malgrado una minore sensibilità, abbia una spiccata specificità. Tenendo conto dunque della grande facilità e rapidità di esecuzione e lettura della reazione, l'A. crede che col perfezionarsi della tecnica *standard* si potranno in seguito ottenere anche migliori risultati e quindi, poichè la reaz. del Cantani si dimostra fornita di coefficienti di specificità, si potrebbe eseguire insieme alla Wassermann ed unitamente ad una delle più sensibili tecniche, di flocculazione, tanto più che questa prima tecnica italiana si differenzia nettamente dalle consimili straniere nei riguardi della originale composizione dei reattivi. G. LA CAVA.

## Sopra una nuova reazione di flocculazione sulla sifilide (R. R. C.).

(N. FAVIA e M. ZUPPANTE. *Diagnostica e Tecnica di Laboratorio*, 25 sett. 1934).

In una recente pubblicazione F. Cantani ha proposto una nuova reazione di flocculazione per la sierodiagnosi della lue, che ha chiamato R. R. C. (reazione rapida Cantani).

Gli AA. esaminando dettagliatamente la reazione, contestano il carattere di rapidità di essa rispetto alle altre reazioni già in uso, specie alla Citochol. Paragonando in 129 sieri la R. R. C. con la R. W. e con la Citochol hanno poi constatato che in 30 casi la R. R. C. ha dato risultati contrastanti con le altre due reazioni e precisamente 14 volte risultati negativi e 16 volte positivi in contrasto con le altre reazioni.

Concludono che la R. R. C. per la complessità del suo antigene, per la lunghezza del tempo necessario alla preparazione ed esecuzione della reazione e per la sua relativa insensibilità e aspecificità, non sembra aver portato un nuovo ed utile contributo al capitolo della sierodiagnosi della sifilide. C. TOSCANO.

# MISCELLANEA.

## Su alcune regole generali di chirurgia endocrina. A proposito di chirurgia delle surrenali.

(R. LERICHE. *Gazette des Hôpit.*, 7 novembre 1934).

Ritenendo che la chirurgia delle surrenali avrà un grande avvenire, come tutta la chirurgia endocrina, l'A. ha voluto scrivere questo articolo sull'argomento.

Egli crede che la chirurgia deve avere metodi secondo gli organi che deve aggredire (ossa, o cervello, o surreni).

I *problemi generali della chirurgia endocrina* sono tutti dominati dall'ignoranza grande che abbiamo ancora dei fenomeni fisiologici ghiandolari. Fatti notevoli sono:

1) che le ghiandole a secrezione interna sono poco colpite da processi infettivi locali diretti e le infezioni generali non le modificano che indirettamente. Dal punto di vista chirurgico c'è poca tiroidite, poca surrenalite, poca ipofisite, e non c'è paratiroidite. S'intende che iperemia e tumefazione non vogliono dire infezione, perchè possono esser prodotte dall'ipertrofia funzionale.

L'immunità relativa è forse dovuta ad assenza di canale escretore e alla predominanza del tessuto epiteliale sul connettivo;

2) che nella patologia delle ghiandole endocrine predominano i fatti di patologia fisiologica;

3) che il fenomeno più importante è quello dell'ipertrofia per necessità funzionale.

In pratica, se un ormone è necessario, se ne produce di più per ipertrofia della ghiandola e quest'ipertrofia può divenire permanente con formazione di aspetto adenomatoso e forse anche di adenoma vero;

4) che lo stato patologico di una ghiandola è influenzato dalle altre ghiandole endocrine.

Quindi la patologia endocrina non è quella di un organo, ma di un sistema;

5) che molte ghiandole endocrine hanno un'azione accoppiata a quella del simpatico;

6) che anatomopatologicamente è difficile constatare le modificazioni delle ghiandole endocrine se si escludono la degenerazione e l'atrofia. Ci sono dei basedowiani curabili colla tiroidectomia e in cui l'esame istologico non

dà alterazioni tiroidee. Così pure valenti anatomopatologi non trovarono alterazioni paratiroidee in malati di sclerodermia operati dal Leriche e che ebbero giovamento dall'operazione.

Il Leriche inoltre nota che molte volte le simpaticectomie dovrebbero essere completate con la paratiroidectomia nella sclerodermia.

Quindi Leriche pensa che la chirurgia endocrina diventerà in avvenire neuroendocrina.

*La chirurgia delle surrenali* si estende oggi più in là delle semplici arteriti. In avvenire si estenderà a curare le iper- e le ipotonie del tubo digerente e si cercherà di modificare, attraverso le surrenali, il metabolismo dei lipoidi, degli idrati di carbonio, le aberrazioni sessuali. Per questo sono importanti i lavori di Donati, di Fontaine e Froehlich.

Il Leriche si estende poi a trattare degli innesti di surrene, della cura dell'ipertensione e delle arteriti trombosanti.

*Innesti di surrene*. Leriche ne ha fatti due, uno in un'anemia perniciosa, senza risultati; e uno in un caso di morbo di Addison, con risultato scarso.

Oggi per l'Addison c'è l'estratto corticale. Se però si vogliono fare degli innesti di surrene, bisogna ricordarsi che le ghiandole endocrine non si devono innestare *in toto*, perchè poi si ha riassorbimento massivo di sostanze necrotiche, ma se ne devono innestare frammenti grossi quanto un chicco di grano o un fagiolo.

*L'ipertensione*, secondo Leriche, è probabilmente di origine surrenalica. Certamente ci sono delle ipertensioni parossistiche che coincidono con tumori del tessuto cromaffine e che guariscono definitivamente coll'ablazione del tumore adrenalinogeno. Ci sono anche i casi di ipertensione permanente di Galata, Monier-Vinard e Dumarest, di guarigione che dura da anni dopo surrenalectomia.

Numerosi autori giapponesi hanno trovato nel sangue arterioso degli ipertesi più adrenalina che nel sangue normale e nel venoso.

Però, anche ammettendo l'origine surrenalica dell'ipertensione, essa non rappresenta che l'ultima tappa del disturbo surrenalico, che probabilmente ha inizio nell'infanzia e dà solo molto tardivamente manifestazioni cliniche.

Gli insuccessi ottenuti dalla chirurgia in questo campo sono probabilmente dovuti al fatto che è troppo tardi quando si interviene.

Non si può ancora dire se è meglio fare la surrenalectomia o l'operazione di Pende (resezione del grande e del piccolo splancnico). Il Leriche è favorevole all'operazione di Pende, perchè dà effetti ormonali e simpatici.

Il Leriche ha operato fin'ora 4 ipertesi.

In uno si trattava di ipertensione parossistica e questa non è più ricomparsa dall'intervento. Negli altri 3 si trattava di ipertensione solitaria progressiva. In uno si ebbe miglioramento interrotto però da crisi di ipertensione. Risultato nullo pure nel 3° caso. Nel 4°, morte al 4° giorno per congestione polmonare bilaterale (e all'autopsia si trovò una pancreatite necrotica).

Il Leriche ritiene che questi insuccessi non devono arrestarci nello studio del problema.

R. LUSENA.

## Concezioni attuali su alcuni tipi clinici di azotemia.

(G. FARNARIER. *Gazeite des Hôpitaux*, 25 agosto e 1° sett. 1934).

L'A. in un articolo che vuole essere una rassegna dell'argomento, riporta all'ordine del giorno la « vexata quaestio » della classificazione delle sindromi azotemiche.

I segni clinici che creano il quadro della sindrome azotemica sono a carico dell'apparato digerente, del sistema nervoso, dell'economia generale.

Nella bocca, oltre la secchezza e la patina linguale, possiamo trovare una stomatite eritematosa o eritemato-poltacea. Il vomito manca solo di rado, e se diventa sanguinolento dobbiamo pensare che delle ulcerazioni si son formate nello stomaco.

La diarrea è abbondante, sierosa, indolore, ribelle a tutte le cure. La melena per lo più è indice della estensione delle ulceri all'intestino.

La sonnolenza, l'astenia, l'adinamia, uno stato insomma di vera e propria narcosi, denotano la profonda impregnazione tossica dei centri nervosi. Talora, secondo la diversa capacità reattiva del soggetto, la sintomatologia nervosa può acquistare aspetti del tutto diversi, e dar luogo a fenomeni ansiosi che possono andare fino al delirio a predominanza notturna, ad angoscia precordiale, a crampi dolorosi ai muscoli e alle articolazioni (uremia articolare di Saccoud).

Speciale attenzione merita l'esame degli occhi che possono esser sede di retinite albuminurica, emorragie retiniche, ambliopia ed amaurosi. La pelle, negli ultimi stadi, può mostrare deposizioni di urea. I malati a volte accusano un prurito che paragonano al vellichio di un capello.

La tinta gialla, l'odore dell'alito, l'espressione dello sguardo, il dimagrimento progressivo, l'anemia, l'ipotermia, la parotite, la pericardite, i sussulti muscolari, le crisi eclamptiche, il respiro di Cheyne-Stokes sono tutti segni inequivocabili della fine imminente.

La ritenzione azotata può avere diverse cause:

1) un difetto d'eliminazione dell'urea in sede renale;

2) un alterato metabolismo ureico a livello dei tessuti e del fegato per turbe circolatrie endocrine e nervose;

3) un'associazione di fattori renali ed estrarenali.

I. Le azotemie d'origine renale sono le più frequenti e le meglio conosciute nella loro etiologia e patogenesi. Fra le cause da cui possono derivare notiamo: la nefrite acuta, la nefrite cronica (mal di Bright), l'insufficienza funzionale del rene, accompagnata da un abbassamento della concentrazione massima dell'urea nell'urina, dovuta secondo Castaigne e Rathery a piccole e fugaci lesioni renali.

II. Per le azotemie di origine estrarenale i fattori determinanti da segnalarsi sono:

*a*) un eccessivo apporto di azoto con una alimentazione ricca di sostanze generatrici di urea, in soggetti però che hanno una diuresi di volume inferiore alla diuresi utile;

*b*) un aumento dell'urea endogena. Rientrano in quest'ordine, le azotemie in corso di disintegrazione di tessuti, come nell'ittero emolitico, nelle leucemie, nei traumatismi, negli interventi chirurgici, nei tumori maligni, in tutte le affezioni che vengono trattate coi raggi i quali, come è noto, provocano una ureogenesi esagerata. Alcuni disturbi della funzione epatica, a prescindere dai casi di epatonefrite, comportano un innalzamento dell'azotemia.

Va ricordata qui la malattia di Hanot, in cui il « debit » epatico dell'urea è aumentato.

Alcune lesioni nervose organiche, come emorragie cerebrali, encefaliti epidemiche, sifilide cerebrale, meningo encefaliti, sono responsabili di alcune iperazotemie da cui si è tratto argomento per ammettere un centro nervoso della funzione ureica.

Il Richet figlio nel 1933 ne diede la dimostrazione più brillante localizzandolo nel pavimento del 4° ventricolo. Anche le ghiandole a secrezione interna, specialmente i surreni e la tiroide, ingranano nella patogenesi di alcune iperazotemie. Un ormone ad azione elettiva sul rene verrebbe a far difetto;

*c*) l'oliguria dovuta sia ad asistolia, sia a un disturbo del metabolismo dell'acqua, come nelle cirrosi e nelle asciti in genere, sia a insufficiente ingestione di acqua, sia ad un aumento dell'eliminazione idrica per via pararenale (vomiti, diarree, sudori). I vomiti e le diarree uremiche, considerati a torto come una eventualità favorevole per l'eliminazione dell'urea, devono invece essere combattuti per la caduta della diuresi che essi provocano;

*d*) l'alterato metabolismo del cloro può contribuire a l'instaurarsi di una iperazotemia con meccanismi di azione che stanno in antitesi fra loro. Nella classica nefrite azotemica l'aumento dell'urea sanguigna può essere dovuta a ritenzione di cloro. La soppressione del sale negli alimenti può riportare la azotemia a un tasso presso a poco normale. Esiste per contro una sindrome azotemica per difetto di cloro. In questo caso la somministrazione di sale fa assistere a una vera resurrezione.

Quale funzione abbiano i cloruri nella patogenesi dell'iperazotemia è ancora poco noto.

Il fatto che l'urea non agisce come un sale sulla pressione osmotica, rende senz'altro inaccettabile l'ipotesi di Blum che riteneva che la urea servisse a compensare l'abbassamento del cloro sanguigno.

III. Devono essere ricordati ancora alcuni tipi particolari di azotemie d'origine estrarenale:

*a*) l'iperazotemia postoperatoria, per la quale, oltre la distruzione tissulare, ha un ruolo molto importante: la caduta del tasso del cloro ematico;

*b*) l'iperazotemia in corso di diabete mellito. L'acidosi viene a scacciare il cloro dal sangue e indirettamente si crea un'iperazotemia;

*c*) le iperazotemie da occlusione intestinale che traggono origine dalla declorurizzazione conseguente ai frequenti vomiti;

*d*) nelle malattie infettive e nelle intossicazioni a spiegare l'iperazotemia a rapida insorgenza, oltre le eventuali lesioni renali e l'oliguria, devono essere invocati i fattori estrarenali, disintegrazione tissulare e vomiti;

*e*) in gravidanza si possono dare particolari condizioni patologiche per cui avviene una rapida caduta della riserva alcalina con ipocloremia e iperazotemia. Il vomito incoercibile vale a depauperare di cloro l'organismo. L'abbassamento del cloro ematico a sua volta determina un'iperazotemia per sè stessa generatrice di vomito Si crea così un circolo vizioso che solo un'adatta terapia ricloruranțe può spezzare.

I. DI MARCO.

## I " bacilli nudi „ della tubercolosi.

(P. COURMONT. *Journ. d. Médicine de Lyon*, 20 ott. 1934).

Sin dal 1898 S. Arloing e P. Courmont iniziarono lo studio del b. di Koch in colture omogenee liquide nelle quali misero in evidenza l'estremo polimorfismo del detto bacillo; nelle colture i bacilli si presentavano sotto forma di elementi mobili, isolati e frequentemente non acido resistenti. Gli studi di queste ultime forme condotti sin da allora all'Istituto Batteriologico di Lione vengono ora brevemente riassunti dall'A

Le ricerche eseguite in vitro col ceppo S.A.P.C. che da 37 anni viene coltivato in colture omogenee hanno messo in evidenza l'agglutinabilità dei bacilli tubercolari col siero dei tubercolotici; mentre il potere agglutinogeno di questi ceppi è pressocchè costante, l'agglutinabilità varia a seconda del ceppo; il siero agglutinante non necessariamente si dimostra più intensamente tale rispetto al ceppo omologo; anzi talora questo non viene agglutinato, mentre lo è un ceppo eterologo; l'agglutinabilità del ceppo non rappresenta dunque che una proprietà contingente influenzabile da molti fattori in gran parte sconosciuti.

Mentre la vegetazione nelle colture è rapida, e queste possono resistere a discrete oscilla-

zioni di temperatura e di pressione, la virulenza dei bacilli non si mantiene a lungo, tanto che dopo un certo periodo di tempo essi non sono patogeni neanche in forti dosi (pur essendo sempre costante il potere agglutinogeno). La modalità di virulenza la più costante e che si mantiene più a lungo è rappresentata da quella setticemica dimostrabile sperimentalmente colla realizzazione di forme setticemiche o infiammatorie non follicolari di Poncet.

La presenza di bacilli bleu non acido-resistenti costituisce la caratteristica precipua di colture omogenee recenti, nelle quali essi prevalgono; sono per lo più isolati, di colore uniforme più o meno lunghi fino a costituire talora dei filamenti; tavolta sono ammassati. Man mano però che la coltura invecchia aumenta il numero dei b. acido-resistenti che solo gradualmente perdono la morfologia dei b. bleu. L'A. considera quest'ultima forma come quella giovane, la forma rossa come quella adulta. Però, per azione antivegetativa di siero tubercolare o qualche antisettico aggiunto, nelle colture continua a prevalere la forma non acido resistente, che in questo caso rappresenterebbe lo stadio giovane, ma distrofico, del bacillo; un ulteriore insemenzamento provoca lo sviluppo dei b. rossi.

Courmont e Gardere avrebbero osservato anche la trasformazione consecutiva di b. bleu in granuli, poi di nuovo in bacilli senza passaggio attraverso la forma acido-resistente.

Degne di nota sono le osservazioni riguardanti i b. non acido-resistenti in vivo. Questa forma non rivestita dall'involucro cereo della forma classica, viene dall'A. definita quale « bacillo nudo ». Essa difficilmente viene riscontrata o dimostrata nei prodotti patologici, può invece essere rintracciata nel sangue degli individui affetti da una forma tubercolare anche se latente o limitata ad un focolaio minimo. I bacilli nudi possono presentarsi nella forma setticemica, in alcuni casi molto bene tollerata dall'organismo — bacillemia senza setticemia; si potrebbe anzi parlare di una forma saprofitica (analogamente a quella di Ferran).

Nel sangue dei tubercolotici (confrontato con sangue di individui sani e a differenza di questo) i b. tubercolari possono essere dimostrati ricorrendo alla coltura sul terreno di Loewenstein o direttamente nel sedimento o nello strato leucocitario del sangue centrifugato. Il virus tubercolare vi può comparire o sotto la classica forma dei b. di Koch o sotto forma di bacilli nudi o granuli non acido resistenti (quest'ultimi poco dimostrativi); per i b. nudi la conferma che si tratti di virus t.b.c. è fornita dalla loro frequente coesistenza colla forma tipica nel sangue o nella cultura, dalle forme di transizione da un aspetto all'altro e dal fatto che essi non si riscontrano in individui sani e quando la microcoltura rimane negativa.

L'importanza clinica dei bacilli nudi non può per ora essere stabiita: la loro presenza nel sangue non è in rapporto alla gravità dell'infezione: l'esistenza di queste forme speciali potrebbe essere in rapporto all'attenuazione del virus infettante, o all'azione antagonista del siero del sangue (come in vitro); il bacillo nudo rappresenterebbe una forma di sofferenza (distrofica) e nello stesso tempo di resistenza del b. tubercolare. Per quel che riguarda la sua origine esso potrebbe provenire o da forme analoghe o invece dai bacilli del focolaio tubercolare, o dai granuli prodottisi per disintegrazione di quest'ultimi o derivarne attraverso una fase filtrante. Comunque la presenza del b. nudo nel sangue dei tubercolotici costituisce secondo l'A. un fatto acquisito di cui l'importanza e lo studio sono di notevole interesse. S. MINZ.

# DIVAGAZIONI

## L'altezza della fronte.

Recentemente l'antropologo Hrdlicka (*Proc. Am. Phil. Soc.*, 72, 1933) ha fatto notare che, di tutte le varie parti del corpo, la fronte sembra essere stata dimenticata per quello che riguarda l'indagine a base di misurazioni accurate. Ciò sembra sorprendere, dato il carattere della fronte che, dal punto di vista estetico, ha giocata una parte importante nelle umane relazioni, logicamente, si potrebbero aspettare dalla fronte indicazioni, con un certo grado di approssimazione, circa il volume cranico e quindi correlazione più o meno diretta con la capacità intellettiva.

Una delle difficoltà è stata quella di scegliere punti di repere tra i quali condurre le misure. Hrdlicka adopera come altezza della fronte la differenza tra l'altezza mento-nasion e la distanza tra il mento e il centro dell'arco della linea dei capelli. Allo scopo di determinare la correlazione tra l'altezza della fronte e l'intellettualità, nei maschi le misure sono state eseguite su 510 vecchi americani di almeno tre generazioni; 118 vecchi americani dei paesi montani del nord-est del Tennessee, gente estremamente tarda, 25 vecchi americani membri dell'Accademia Nazionale di Scienze e 32 membri dello stesso gruppo, di diverse nazionalità. (In 118 membri dell'Accademia Nazionale non si sono potute prendere le misure per mancanza di capelli sulla fronte!). Si trovò la massima differenza tra l'altezza della fronte nei quattro gruppi essere di 0,02 cm. la media altezza della fronte essendo 6,58 cm.

Questo sorprendente accordo tra i valori in gruppi così divergenti, sta ad indicare la mancanza di correlazione tra altezza della fronte e intellettualità. Similmente furono studiati quattro gruppi di maschi rappresentanti diverse razze e furono ottenute le seguenti misure medie: americani, 6,59 cm.; indiani americani

6,62 cm.; negri americani da giovani puro sangue ad individui di età media, 6,98 cm.; esquimesi d'Alaska 7,16 cm.

Considerando la caratteristica dei gruppi, la cifra mostra come sia fallace l'idea che, in genere, una fronte alta indichi una alta intellettualità o rappresenti il segno di una razza superiore. Paragonando i sessi in tre razze americane importanti, si è osservato che l'altezza della fronte nella donna bianca è leggermente più bassa in senso assoluto, ma, in relazione alla statura eccede su quella del maschio; l'altezza della fronte nella donna indiana è, sia in senso assoluto che in proporzione a quella del corpo, nettamente inferiore a quella del maschio; nella donna negra, essa è, sia in senso assoluto che in proporzione alla statura, più alta di quella del maschio. Variazioni così irregolari delle misure in rapporto al sesso sono molto insolite in antropometria. Sembra ovvio che l'altezza della fronte, quale è stata qui definita, abbia poca relazione con la razza, il sesso o il grado del valore intellettuale. Inoltre, questa misura appare variare indipendentemente dall'altezza della parte frontale del cranio. La conclusione ovvia da tirare è che essa è, in definitiva, funzione dell'estensione in basso della linea dei capelli, che forma uno dei punti della misura. Le cause del variare nella posizione della normale linea dei capelli non sono state ancora determinate.

(Dal *Journal of Am. Med. Ass.* genn. 1934).

G. LA CAVA.

## NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

LUIGI SILVAGNI. *Augusto Murri maestro ed educatore.* Nicola Zanichelli, editore. Bologna, 1934-XII.

Il « pensatore », il « genio del buon senso », splende in questa rievocazione di una luce nuova: è la luce che tanta commossa devozione seppe inspirare in un discepolo fedelissimo quale è Luigi Silvagni. Pagine piene di affetto egli ha scritto, di quell'affetto, che, per i nobili di cuore, è indipendente anche dal senso di gratitudine, che si mantiene nei rapporti col Maestro composto, pieno di « soggezione intellettuale », segreto quasi e che trabocca spontaneo quando, fine a sè stesso, più non può essere frainteso nella sua intima essenza e diventa solo un irresistibile bisogno dell'anima.

Ma questo elogio del *pater familiae* ceppo e capostipite di più generazioni di medici è espressione anche di virtù « che discende per li rami ».

E un savio come Silvagni, che per ventisette anni, si nutrì alla bella Scuola, che attese poi alla nostra scienza, alla nostra arte, camminando sicuro sulla luminosa traccia, può davvero glorificarsi qual figlio spirituale di Augusto Murri.

Nella bella rievocazione, il fervente rapido esordio, raccoglie la magnifica armonia dei consensi nel tributo di ammirazione della dottrina e dell'alta coltura, per l'uomo il cui pensiero filosofico esercitò nel campo medico ed oltre, un fascino che non rimane solo come un ricordo, ma come un segno perennemente tangibile della potenza dell'umano ingegno.

Dalla piccola sorgente al ruscello diventato poi fiumana, che scorre possente tra rive fiorite e rive tristi, tutta la vita è ritessuta nei ricordi che si avvicendano, si intrecciano, si coordinano. Quindi il discepolo fedele segue con rigorosa indagine la via del superbo pensiero che si evolve, e si matura e grandeggia, attraverso prove severe, per diverse tappe: Camerino, l'antica scuola marchigiana e poi assai più vasti orizzonti: Francia e Germania, Roma con l'insegnamento del Clinico di classica grandezza paludato, G. Baccelli.

Poi le prime vittorie, i sicuri vaticini e tra diffidenze, presto vinte, in Bologna, la conquista, la vittoria definitiva, la possibilità di una concreta estrinsecazione al possente pensiero che presto, in patria e fuori viene riconosciuto senza riserve, quale astro di prima grandezza.

E Silvagni, seguendo il chiaro processo formativo ed evolutivo dell'Uomo, religiosamente attende, nel farne l'elogio, a ricalcare ogni orma; e s'indugia nei paralleli e nei confronti con una efficacia rievocante la maniera di Plutarco, nelle « Vite degli uomini illustri ».

Per lui la mente del Maestro è pietra di paragone che, in critica severa e benevola, serve al vaglio delle più robuste menti. Tra episodi ed aneddoti, ci trasporta nel chiaro limbo degli spiriti magni, e si compiace di accompagnare al « Signore dell'altissimo canto », le ombre grandi; fra queste è Maurizio Bufalini, che rievoca fra i primi e più tenaci assertori del metodo razionale della osservazione. E da qui la rievocazione è tutta tesa a una gagliarda difesa del metodo che il grande Maestro perseguì, perfezionò e tramandò.

***

Un desiderio infrenabile prorompente dalla coscienza pungeva il medico condotto oscuro, il « povero uccello che si dibatte smanioso entro una gabbia », a conquistare gli aperti orizzonti poichè sentiva le remiganti robuste e pronte al grande volo.

E anche questo volo librato e sicuro nei campi dell'intelletto tutto ripercorre Silvagni; e per le sue parole, ancora una volta la suadente luce dell'idea, sormonta e varca il tempo e lo spazio.

Ecco nella prolusione di Bologna l'ipotesi e la tesi: « l'ipotesi è il più valido istrumento di progresso, ma non l'accetteremo come tesi se non quando l'esperienza l'abbia saldissimamente dimostrata ». Ed ancora: « mille indizii favorevoli sono nulla rispetto a uno solo in contrasto con la ipotesi ».

Disse e ripete Silvagni che, Augusto Murri

era nemico di ogni insegnamento assiomatico, voleva non affermare, ma dimostrare, e dimostrare voleva dire per lui persuadere.

Questi furono lo scopo e il fine del Suo insegnamento, questa la sua filosofia scientifica, che, mi permetto aggiungere, indicava la via dell'anima, onde il maestro e l'educatore si saldano insieme a formare la nota dominante della Persona.

Nasce così dall'insaziabile indagine, come Egli disse, e come fu ricordato, la necessità di ricercare il vero con diletto, necessità che è «più nobile quando, la ricerca del vero, come per noi medici, ci forza a fissare penosamente lo sguardo nelle più sconfortanti miserie della umanità «.........» più attraente perchè il vero che noi troviamo reca subito una consolazione alla parte più infelice della nostra specie».

E a proposito di quanto io ho avuto occasione di dire riguardo all'applicazione della logica scientifica e a quella sintesi delle correnti del pensiero che è la cosidetta intuizione, Silvagni è tratto a ricordarmi nella bella schiera che mi ricollega allo stesso grande Maestro, e del ricordo ne ringrazio l'amico, e con lui mi stringo nella difesa del nostro metodo antico e proposto da tanto tempo per la storia delle idee e delle parole: «Osservare, ascoltare, paragonare, pensare prima di parlare»; così la formula manzoniana, ed il parlare è ragionare e ragionare è esprimere il pensiero che maturò in noi osservando, ascoltando, paragonando; tutta la nostra vita, tutto il nostro destino è accanto al letto del malato, nella Clinica, nella nostra Scuola.

Legittimo, come ho premesso, è l'orgoglio di Silvagni di aver avuto a Maestro Augusto Murri, ma a torto egli si umilia ritraendosi discreto nell'ombra. La gloria del Maestro e dell'Educatore è luce che si riflette e si ripete. E rivive il Maestro nei discepoli; ogni sintesi, ogni concezione, ogni interpretazione fatta al letto del malato, è finemente permeata dello stesso pensiero direttivo; e nell'indagine rivivono lo stesso tecnicismo e sopratutto la stessa passione, lo stesso tormento.

Le più elevate manifestazioni intellettuali delle generazioni rinnovantisi e sempre tese alla ricerca del vero per la salvezza della vita, creano attorno a noi una ideale atmosfera, nella quale, di fatto, vive, vicino alle espressioni vitali della nostra mente, il pensiero dei Grandi scomparsi.

C. FRUGONI.

---

## CENNI BIBLIOGRAFICI

M. LOEPER e COLLABORATORI. *Thérapeutique médicale*. Vol. VII. *Vaisseaux et Reins*. Un vol. in-8° di 340 pagg. con 26 fig. Masson et C.ie, Paris, 1934. Prezzo 50 fr.

Questo volume continua la serie di questi buoni manuali diretti ed in gran parte scritti da Loeper con intendimenti essenzialmente pratici. È diviso in quattro parti. La prima, tutta dovuta a Loeper, tratta la terapia vascolare (ateroma arterioso, sifilide cardio-aortica, angina pectoris, affezioni venose). Nella seconda, A. Lemaire si occupa dell'iper- ed ipotensione. Nella terza, Loeper svolge le affezioni del rene: il salasso, il rene ed i diuretici, la litiasi renale, le ematurie, l'antisepsi urinaria, la tubercolosi renale, l'opoterapia renale.

Da ultimo, la dietetica e la fisioterapia: il regime degli ateromatosi e le sue basi chimiche (M. Debray); l'elettroradiologia nelle affezioni cardio-vascolari (A. Zimmern); la terapia idro-minerale dei disturbi vascolari periferici (M. Villaret); i principî direttivi del regime nelle nefriti (P. Vallery-Radot); le cure di diuresi (J. Cottet).

Come si vede, non si tratta di una trattazione scolasticamente sistematica, ma di scelta dei capitoli più importanti e di esposizione dei principî terapeutici direttivi per il gruppo di malattie studiate.

*fil.*

*Les ordonnances du médecin praticien*. III[a] edizione riveduta ed aumentata. Un vol. in-8° di 520 pagg. Masson et C.ie, Paris, 1934. Prezzo 50 fr.

Il libro è dovuto alla collaborazione di oltre una trentina di noti medici e chirurghi francesi e comprende 256 prescrizioni-tipo, brevi, schematiche e, pure ridotte in circa due pagine, complete ed applicabili ai casi più comuni della medicina pratica.

Sono elencate per ordine alfabetico e precedute quasi sempre da brevi cenni sulla diagnosi e consigli sul modo di procedere all'esame. Esse costituiscono un'ottima trama a cui il pratico può inspirare la sua condotta di fronte al malato ed in cui trova quanto più di recente vi ha nella terapia.

*fil.*

*Wiener Archiv f. innere Medizin*. Vol. 25, fasc. I, di 160 pagg. con 10 fig. Urban e Schwarzenberg, Wien, 1934. Prezzo RM. 13,20.

Questo fascicolo contiene otto lavori, fra cui uno molto esteso di P. Pentschoff e A. Maller sulla diffusione della sifilide tardiva, con particolare riguardo alle malattie interne. Altri lavori sono: La natura umorale della resistenza all'insulina (Boller, Ulberrak e Falta); Il quadro sanguigno citologico negli individui che servono da nutritori per i pidocchi (A. Finkel); si produce in essi un'anemia degenerativa lieve o grave, eventualmente con segni di degenerazione.

Troviamo inoltre: La questione della prova del tono del sistema nervoso vegetativo (Bergmann e Buskpan); Le malattie allergiche (E. Löwenstein) ecc.

*fil.*

# CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

## XL Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Ore 15, 19 ottobre.

Presidenza: Proff. MARAGLIANO - PEREZ.

*(Continuazione; v. num. preced.).*

### Le bronchiectasie.

*Discussione della Relazione.*

A. LUISADA (Napoli). — Esposte alcune brevi premesse di anatomia, l'O. indica come debba essere concepita in base agli studi più recenti, la funzione dei bronchi, che si esplica da un lato nella ritmica dilatazione contrazione tonica respiratoria, dall'altro nel promuovere l'espulsione dei secreti, infine nel contrarsi tonicamente durante la fase di ipertensione a glottide chiusa che precede l'atto del colpo di tosse.

In caso di alterazioni funzionali della muscolatura liscia broncopolmonare, i bronchi anzichè seguire armonicamente i movimenti del polmone, subiscono una serie di trazioni e di compressioni. Le cause di un'eventuale disfunzione possono essere moltissime. Tra le cause riflesse sono da ricordare quelle determinate da stimoli partenti dai visceri dell'addome alto e dalle prime vie respiratorie; altra causa può essere data da un disturbo di innervazione per lesione infiammatoria dei plessi dell'ilo polmonare o di quelli che circondano uno dei grossi bronchi.

Ma l'O. insiste sopratutto sulla lesione delle tuniche muscolari che segue a fatti infiammatori, lesione cioè a tipo infiltrativo o degenerativo. L'O. ritiene infine che una particolare predisposizione costituzionale possa favorire le forme bronchiettasiche, insistendo però sulla differenza esistente fra predisposizione e forme congenite.

U. CARPI (Milano). — L'O. ritiene che dal punto di vista patogenetico è bene mettere in rilievo che l'elemento originario della lesione bronchiettasica è dato da una lesione (per lo più infiammatoria) della parete bronchiale che è causa di perdita di contrattilità e contenzione della parete stessa. Il segmento bronchiale colpito sarà quindi soggetto ad alterazioni per ritenzione del secreto e a graduale dilatazione per azione dei fattori fisicomeccanici della funzionalità respiratoria, e fra questi va tenuta presente la pressione endopleurica negativa, che è particolarmente accentuata nei segmenti bronchiali sede di bronchiettasia, quando non esistano aderenze pleuriche.

Clinicamente l'O. ritiene che particolare attenzione meritino le forme iniziali, primitive, dal R. definite larvate, che possono essere identificate col controllo radioscopico e broncografico.

Nelle forme iniziali i mezzi di cura sintomatici, la terapia broncoscopica con aspirazione, possono rimuovere la causa della lesione bronchiale e favorire talora la risoluzione del processo. Nelle forme conclamate con ritenzione, la terapia è più ardua ed è in questo caso che va messa in discussione la terapia pneumotoracica.

Di assoluta indicazione invece l'O. ritiene il pneumotorace nei casi di bronchiectasia cui si associa broncorragia, avendo ottenuto l'O. sempre risultati veramente felici.

P. BENEDETTI (Bologna). — Sulla base di uno studio sistematico di 23 casi osservati nella clinica, l'O. si dichiara d'accordo con le vedute riferite dal prof. Omodei Zorini. Ritiene che alle forme bronchiettasiche debba essere aggiunta anche una varietà atelettasica, da collasso massivo del polmone, nella quale l'indagine radiologica non broncografica non dimostra l'esistenza di cavità bronchiettasiche. Questo a differenza della forma con sclerosi pleuro-polmonare, in cui nella opacità non uniforme si riesce a mettere in evidenza le cavità.

G. M. FASIANI (Padova). — Come ha osservato il prof. Alessandri, noi chirurghi ci presentiamo in questa discussione scarsamente armati: nessuno di noi possiede infatti una larga esperienza nel campo del trattamento chirurgico delle bronchiectasie, e ciò per diverse ragioni; anzitutto perchè, se è vero che le bronchiectasie sono frequenti, è altrettanto vero che non frequentissima si presenta l'opportunità di una indicazione di trattamento chirurgico; poi perchè soltanto in questi ultimi tempi si è delineata la tendenza di creare luoghi di raccolta di ammalati di determinati organi e sistemi che consentano ad un uomo di raccogliere in tempo relativamente breve una sufficiente esperienza in un determinato argomento; ma poi sopratutto perchè è diffusa nel mondo medico e anche nel mondo profano, l'opinione che fra i vari trattamenti chirurgici proposti per la cura delle bronchiectasie, gli uni siano estremamente pericolosi, quasi temerari, gli altri siano di solito scarsamente efficaci.

Riguardo ai primi, rappresentati dalle operazioni di lobectomia, in Italia si ha poca esperienza: ma il prof. Alessandri ha ricordato col dovuto rilievo, i risultati più che soddisfacenti comunicati recentemente da chirurghi americani ed inglesi cosicchè si può affermare che la lobectomia non è più l'operazione a mortalità proibitiva, quale era ritenuta fino ad oggi.

Riguardo poi agli altri procedimenti che vennero più frequentemente usati per il trattamento delle bronchiectasie, e che sono quelli della collassoterapia, l'oratore ritiene che debbano essere considerati capaci di condurre in alcuni casi ad un utile risultato.

L'O. ricorda che nel periodo di 6 anni ha accolto in Clinica 20 casi di bronchiectasie: di questi 10 soltanto vennero operati.

Fra gli ammalati del gruppo dei non operati, l'O. desidera ricordare due fratelli i quali presentavano estese bronchiectasie e contemporaneamente un « situs viscerum inversus »; la natura congenita delle alterazioni bronchiali appare in questi casi manifesta.

Nel gruppo degli operati, vi sono due casi trattati con frenicoexeresi con scarso risultato; e vi sono 6 casi di toracoplastica e 2 casi di pneumolisi extrapleurica. Uno degli ammalati operati di toracoplastica venne a morte alcuni giorni dopo dell'operazione con i segni di una insufficienza circolatoria. Tutti gli altri soggetti sopportarono bene l'atto operatorio il quale è consistito in ogni

caso in una estesa demolizione toracica compiuta in 3, 4, 5 tempi. In tutti i casi si ebbe un evidente beneficio: in alcuni si raggiunse una stabile guarigione clinica che si mantiene a distanza di 2-4 anni.

Anche i pazienti trattati con la pneumolisi extrapleurica ebbero notevole vantaggio.

F. MICHELI (Torino). — Dichiara che molti colleghi che hanno parlato, lo hanno preceduto nelle considerazioni che desiderava fare. Senza dubbio l'argomento delle bronchiectasie è stato illuminato, ascoltando le relazioni di Alessandri, Lasagna, Peroni, da qualche fiamma di speranza di migliori prognosi là, dove fino ad oggi abbastanza scarse dovevano ritenersi le possibilità terapeutiche. Prima di vedere tuttavia quali e quante siano esattamente queste speranze è bene premettere alcuni concetti etiopatologici. In proposito non vi è accordo fra gli studiosi del dibattuto argomento, come non vi è uniformità di concetti del resto, fra i due Relatori, avendo il prof. Omodei Zorini dichiarato rare le forme congenite, mentre il prof. Alessandri, in base ai reperti istologici dei pezzi prelevati all'operazione (lobectomia) asserisce essere in grande predominanza le bronchiettasie congenite.

L'O. non sa se prevalgono quelle congenite o quelle acquisite, ma ritiene innegabile l'influenza del fattore predisponente individuale e l'esistenza di una « diatesi bronchiettasica » tenendo presente anzitutto i reperti anatomo-patologici, secondo i quali, come hanno dimostrato anche Carpi, Luisada, le lesioni iniziali hanno sede nella muscolatura liscia dei bronchi.

D'altra parte è da ricordare che spesso nell'anamnesi di questi malati manca la precedenza di un'affezione polmonare o pleuro-polmonare, che invece spesso l'alterazione bronchiettasica si presenta bilaterale e che infine l'esistenza di bronchiettasie costituisce un reperto frequente che è possibile anche in individui che per altro non offrono sintomi soggettivi che lo possano far sospettare.

È da tener presente ancora l'estrema variabilità dell'evoluzione clinica delle bronchiettasie, onde si è parlato e si parla tuttora di forme uni e bilaterali, circoscritte e diffuse, di forme mute (termine da preferirsi a quello di secche) e conclamate ad indicare appunto una diversa e variabile tendenza del tessuto bronchiale a lesioni obiettivamente abbastanza simili.

Fatte queste premesse, come e quando dobbiamo ricorrere ai metodi chirurgici?

Evidentmente non è da pensarvi nei casi in cui l'alterazione sia bilaterale ciò che è almeno nella metà dei casi e forse in più della metà: la terapia chirurgica in questi casi ha limitazioni insormontabili.

Nelle forme unilaterali, la collassoterapia su cui tanto autorevolmente ha parlato il prof. Carpi non può offrire eccessive speranze rappresentando un intervento aleatorio, palliativo.

Non sta a dire del piombaggio extrapleurico, metodo non fisiologico e a cui è da preferire senz'altro la toraco-plastica, come il prof. Fasiani ha dimostrato. Rimane la lobectomia ed il prof. Alessandri l'ha bene illustrata.

Tutto ciò indica che non dobbiamo rinunciare alle cure mediche nè dobbiamo guardare il vecchio bersaglio terapeutico con la diffidenza di sfiduciati. Se non si tratta infatti di lesioni eccessivamente gravi i balsamici per iniezioni sottocutanee eventualmente associati all'applicazione endovenosa di alcool e sopratutto la vaccinoterapia specifica (autovaccino) in combinazione con cure di aria possono dare risultati incoraggianti.

Se invece la lesione è ribelle alle cure mediche e mostri tendenza ad aggravamenti e complicazioni, dovrà essere presa in considerazione (semprechè la malattia sia unilaterale) l'intervento chirurgico e sopratutto la lobectomia, che è da augurarsi che trovi larghe applicazioni anche in Italia.

A. VARISCO (Udine). — Non crede di sottoscrivere gli apprezzamenti in gran parte sfavorevoli fatti alla collassoterapia ed al pneumotorace in specie, in quanto è d'avviso che quando questo è attuabile, può riuscire utile non solo come terapia paliativa e transitoria, ma come mezzo che può portare ad una guarigione duratura.

Per un buon risultato però occorre che la cura sia notevolmente prolungata anche per 5-6 anni, come risulta dalle esperienze dell'O. il quale ha potuto ottenere con questo mezzo guarigioni cliniche che durano da 4-5 anni.

Conviene che la terapia ideale è rappresentata dalla lobectomia ma ancora i risultati presso di noi non sono utilizzabili data la scarsità delle nostre statistiche di fronte a quelle americane, inglesi, tedesche.

V. MARAGLIANO (Genova). — Sottolinea la tendenza della Scuola Radiologica Genovese a valorizzare l'indagine radiografica eseguita con i mezzi tecnici più perfezionati, ma senza intervento sul malato (quale la broncografia all'olio iodato).

Non sempre infatti l'iniezione di olio iodato nei bronchi può riuscire innocua e d'altra parte il radiologo deve cercare di poter formulare un reperto con i mezzi più semplici che non richiedono intervento sull'infermo.

F. MARCORA (Milano). — Non è d'accordo con il prof. Alessandri sui buoni risultati sia pure temporanei della frenicoexeresi, non esercitando questa nessuna azione sulle bronchiettasie dei lobi superiore e medio. Nelle bronchiettasie del lobo inferiore poi non esercita azione efficace in quanto non fa collabire le pareti della bronchiettasia ed impedisce od ostacola l'eliminazione spontanea del vomito contenuto nella cavità bronchiettasica.

Gli OO. che si sono dichiarati scettici per il trattamento con il pnx, maggior ragione di scetticismo troveranno di fronte alla frenicoexeresi.

Ritiene quindi che il medico, quando veda esaurite le proprie risorse terapeutiche, deve affidare il malato al chirurgo con la coscienza di richiedere a questo un intervento più radicale sebbene più grave della frenicoexeresi.

M. LUSENA (Brescia). — Sostiene che il metodo della broncoscopoterapia dà risultati eccellenti, giungendo fino a complete guarigioni. Ad ogni modo i miglioramenti sono tali per cui questi malati domandano essi stessi di essere broncoscopizzati. Pensa quindi che tale metodo sia da prendere in considerazione prima di tentare l'intervento operatorio.

O. ALBERTI (Brescia). — L'O. ritiene eccessivo ricorrere al broncoscopio per la introduzione dell'olio iodato nei bronchi a scopo di broncografia, potendosi a tale uopo ricorrere a mezzi ben più semplici e meno sgraditi al paziente. Maggiore utilità ritiene invece l'O. debba attribuirsi alla broncoscopia eseguita a scopo terapeutico per l'aspirazione del secreto bronchiettasico o del contenuto di sacche ascessuali. Circa i vari metodi per broncografia, l'O. ritiene ottimo quello della puntura-intercrico-tiroidea, di semplice ed innocua esecuzione. Naturalmente se si avrà la collaborazione del laringologo allora si potrà ricorrere all'iniezione transglottidea e, forse meglio al metodo transnasale e l'O. si sofferma su un particolare di tecnica di tale metodo.

PIETRANTONI (Brescia). — Crede buono il metodo broncoscopico e i danni che si riscontrano si debbono a non buone iniettazioni; su 500 bronchiectasie eseguite l'O. ha avuti buoni effetti su tutte.

La iniettazione per via nasale è un buon metodo; è utile però far sempre l'iniettazione sotto il controllo dello schermo radioscopico.

Riferisce di 988 casi di bronchiectasie di cui la maggior parte erano opache ai raggi X.

Riguardo alla terapia distingue le bronchiettasie acute dalle recidivanti: nelle prime l'O. ritiene di non praticare il lavaggio bronchiale, ma solo l'aspirazione; nelle seconde ci si può permettere il lavaggio abbondante.

Negli altri casi non ci si può illudere di guarire delle bronchiectasie e quando si tratta di un processo lobare bisogna affidare al chirurgo il paziente. La broncoaspirazione pone il paziente in condizioni per cui il chirurgo può intervenire molto meglio.

Il successo di queste operazioni infatti oltre ad essere dovuto alla tecnica, dipende anche dal soggetto che il chirurgo tratta: se questo è stato messo in condizioni di poter affrontare l'operazione il successo sarà più facile.

A. CHIASSERINI (Roma). — L'O. ha avuto occasione di trattare 7 casi di bronchiettasie, cifra questa assai modesta, ma che del resto corrisponde alla scarsa pratica, che i chirurgi italiani hanno nella cura di questa grave affezione.

In tutti i casi cure mediche ripetute erano state tentate per periodi più o meno lunghi di tempo; e in quasi tutti era stato tentato lo pneumotorace.

In tutti questi 7 pazienti, alcuni dei quali furono curati nell'Ospedale di Venezia, altri nell'Ospedale del Littorio in Roma, fu eseguita come prima operazione la frenicoexeresi, ottenendo solo degli scarsi risultati, se si eccettuano 2 bambini, in cui i vantaggi dopo la frenicoexeresi furono discreti, e che furono dimessi dall'ospedale dopo questo intervento.

In 2 altri pazienti alla frenicoexeresi seguì una toracoplastica parziale o totale: 1 di essi morì dopo una estesa toracoplastica parziale inferiore con sintomi di inondazione del polmone opposto; un altro è notevolmente migliorato dopo una toracoplastica parziale superiore, eseguita in 2 tempi, ma espettora tuttora circa cc. 200 di liquido fetido ogni giorno; e la broncografia ha dimostrato la presenza di una cavità che comunica largamente con i bronchi.

Tre altri pazienti hanno subìto delle lobectomie parziali o totali in uno o più tempi. In uno di essi era stata eseguita una toracoplastica totale, senza ottenere un vantaggio sensibile: si iniziò la resezione del lobo inferiore del polmone sinistro, ma il paziente morì per ascesso cerebrale circa un anno dopo l'inizio della cura.

Un esito veramente soddisfacente è stato invece ottenuto, se pure dopo un trattamento durato circa 3 anni, in un giovane, che presentava vaste bronchiettasie del lobo inferiore del polmone sinistro, e che espettorava giornalmente circa un litro di liquido fetido. In questo paziente una toracoplastica vastissima, un vero disossamento dell'emitorace sinistro, eseguito in più tempi, non aveva ottenuto che risultati mediocri. Successivamente si procedette alla asportazione totale del lobo malato frazionatamente col metodo di Graham. Il paziente è guarito: espettora solo pochi sputi al giorno; non porta alcuna fistola; la broncografia dimostra che non esistono più bronchiettasie.

In un ultimo caso, operato nel settembre scorso, si procedette alla lobectomia in un tempo (con un metodo analogo a quello di Jane-Shenton-Roberts). La lobectomia fu eseguita in narcosi intratracheale, e non riuscì difficile, se non per il distacco di tenaci aderenze fra lobo inferiore e diaframma; e per il fatto che la narcosi doveva di tanto in tanto essere interrotta per aspirare dalla trachea il pus, che dai bronchi malati si riversava nella trachea.

Il paziente, un giovane di 17 anni assai deperito, superò bene lo shock operatorio (al termine dell'operazione venne fatta una trasfusione); e sembrava procedere bene, quando in quinta giornata si manifestarono i segni di un processo polmonare del lato opposto; il paziente morì in settima giornata.

L'autopsia dimostrò focolai ascessuali nel polmone destro, ed un esteso processo di carnificazione anche nel lobo superiore sinistro.

La scarsa esperienza non permette all'O. di esprimere opinioni di ordine generale, ma solo di manifestare qualche sua impressione.

Egli crede anzitutto che importanza massima abbia il vuotamento preoperatorio del pus dalle cavità bronchiettasiche: cosa che i broncoscopisti fanno oggi facilmente. Due degli esiti letali, l'uno dopo una toracoplastica, l'altro dopo una lobectomia in un tempo, sono certamente dovuti alla inondazione del polmone opposto da parte del liquame fetido contenuto nelle bronchiettasie.

La toracoplastica probabilmente non ha un effetto curativo; essa riesce solo a migliorare le condizioni del paziente e a diminuire la quantità dell'espettorato.

Unico trattamento curativo è la lobectomia nei casi adatti.

Quanto poi a scegliere tra i vari metodi di lobectomia l'O. dichiara di non aver la competenza necessaria per pronunciarsi.

La apparente benignità della lobectomia frazionata sul tipo di quella di Graham, che anche all'O. ha dato un risultato veramente buono, nasconde il pericolo principale delle complicazioni di ordine embolico (l'O. ha perduto un malato per ascesso cerebrale).

I metodi, che sembrano maggiormente imporsi, sono la lobectomia in uno o due tempi. Nell'unico caso operato dall'O. di lobectomia in un tempo, il metodo stesso non apparve comportare serie difficoltà tecniche.

(*Continua*). A. POZZI.

## XLI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Presidenza: Prof. R. ALESSANDRI.

Ore 15 - 18 ottobre 1934.

(*Continuazione; v. num. prec.*).

### Comunicazioni.

M. DONATI (Milano). — Che esista un riflesso appendiculo-gastrico è certo. Così pure è certo che alterazioni dell'appendice, e tanto più alterazioni più estese (ad esempio il colon destro), determinano in moltissimi casi alterazioni funzionali motorie e secretive gastriche e duodenali, con spasmi radiologicamente ben dimostrabili a livello del piloro e del duodeno. Deformità cospicue del duodeno in questi casi non vanno interpretate come segno indiretto di ulcera, ma debbono essere ben valutate in rapporto alla sintomatologia clinica e funzionale.

Osservazioni sistematiche da lui fatte in centinaia di casi di appendicite mostrano tutto ciò categoricamente.

Qualora lo stimolo sia durato a lungo, può anche formarsi l'ulcera.

Da questa tesi però a concludere che l'appendicectomia guarisce l'ulcera gastrica ci corre. Vi sono ulcere recenti o comunque non antiche che guariscono spontaneamente e tanto più e meglio guariranno se è tolta un'appendice malata. Ma l'appendicectomia non può certo essere considerata un mezzo che guarisca sicuramente l'ulcera.

A parte ciò è certo che riflessi reciproci esistono fra stomaco e regione ileociecoappendicolare (basti riflettere al meccanismo di apertura e chiusura dello sfintere ileocecale in rapporto allo stato di pienezza o meno dello stomaco) e che di essi va tenuto gran conto nell'apprezzare le conseguenze di lesioni esistenti nell'una e nell'altra sede.

D. TADDEI (Firenze). — Allo scetticismo esposto da CAVINA e DONATI sulla guaribilità di alcune ulcere duodenali con le appendicectomie deve aggiungere 3 serie di considerazioni:

1) i dati radiologici non permettono sempre di riconoscere l'ulcera duodenale e tanto meno definire la guarigione;

2) lo stesso si dica dei fenomeni clinici;

3) i dati anatomici sui duodeni osservati su pezzi di resezione escludono presenza di cicatrici.

Le disfunzioni cliniche e gastriche e duodenali attribuite ad appendiciti croniche potrebbero essere in rapporto con disfunzione simpatiche da tossiemia (tubercolare, endocrina, coproemica, ecc.), e quindi guaribili nei più vari modi: cure mediche, operazioni chirurgiche varie (appendicectomie, cecoplicatio operazione sui genitali interni femminili, ecc.).

M. TITONE. — L'O. risponde al prof. SOLIERI dicendo che, sebbene l'appendice abbia certamente una influenza sulla funzionalità gastrica, pure essa non può considerarsi come un « organo o elemento sintonizzante la funzione piloro-duodenale » (SOLIERI), perchè se così fosse i disturbi gastrici nell'appendicite acuta — dovrebbero essere quasi sempre presenti — ed invece essi si osservano molto più frequentemente nelle forme croniche di appendicite, ove le lesioni appendicolari, talvolta, sono ridotte al minimo.

Seguendo il concetto del SOLIERI non si potrebbero, inoltre, spiegare alcuni insuccessi postoperatorii.

MELCHIOR E. (Breslavia). — *Su alcuni problemi di chirurgia delle vie biliari*. — L'O. accenna brevemente ad alcuni problemi di fisiopatologia delle vie biliari, ricordando in particolare i contributi sperimentali e clinici suoi e quelli della sua Scuola sulla epatargia e sulla ipercolorrea postoperatoria.

Traccia in rapida sintesi il quadro clinico di queste complicazioni della calcolosi biliare e si sofferma a discutere l'indicazione chirurgica nelle varie forme di colecistite ed in quelle della calcolosi delle vie biliari profonde.

Spezza una lancia per l'astensione più assoluta nella semplice discinesia della colecistite e nelle pericolecistiti lievi; e, quanto alla scelta del metodo operatorio nella calcolosi della cistifellea e dei dotti biliari, si dichiara fautore della colecistectomia rispettivamente del classico drenaggio esterno secondo Kehr.

SOLIERI S. (Forlì). — Si compiace di aver sentito annunciare dall'O. sulla indicazione della colecistectomia concetti analoghi a quelli che egli ha esposto nel suo recente articolo: *Colecistostomia ed appendicectomia nella colelitiasi in rapporto alla fisiopatologia delle vie biliari* comparso nell'« Archivio Italiano di Chirurgia ».

GIOJA E. (Pavia). — *Volvolo acuto dello stomaco*. — Illustra un caso di volvolo acuto dello stomaco, ruotato per 180° attorno ad un asse obliquo, in una signora di 57 anni, ptosica, con distopia e mediocre ingrossamento della milza, e circa un anno prima operata dall'O. di frenicectomia destra per tubercolosi del polmone con sinfisi pleurica.

Il volvolo era totale, sopracolico, anisoperistaltico, secondo le terminologie attualmente in uso. All'operazione si trovò lo stomaco enormemente dilatato e nascosto dietro l'epiploon gastrocolico, con cui era in contatto con la sua faccia posteriore. Dopo vuotamento della enorme sacca gastrica e detorsione, si praticò la gastrorrafia circolare, e poi la gastropessi alla Rovsing. Il risultato fu felicissimo e tale permane.

CHIASSERINI A. (Roma). — *L'anastomosi intercosto-radicolare quale metodo di cura nelle lesioni trasverse totali del midollo lombare consecutive a frattura vertebrale*. — L'O., partendo dalle cognizioni acquisite, sia nel campo sperimentale, che in quello clinico, sui risultati delle anastomosi nervose in genere e su quelli delle anastomosi fra radici spinali in specie, ha ideato ed attuato l'anastomosi fra gli ultimi nervi intercostali e le radici della cauda equina, quale metodo di cura in casi di sezioni trasverse del midollo lombare consecutivo a fratture vertebrali.

Questo metodo di anastomosi avrebbe sull'anastomosi interradicolare il principale vantaggio di permettere una sutura nervosa assai più precisa; e di preparare quindi condizioni più favorevoli alla successiva neurotizzazione.

L'O. ha applicato questo metodo su quattro pazienti apportandovi man mano delle modifica-

zioni, che dovrebbero renderlo più semplice; e del metodo illustra i punti principali anche a mezzo di disegni schematici.

Un paziente è morto per broncopolmonite. Negli altri tre si è ottenuto il completo ripristino della continenza urinaria; e in un caso, a distanza di 3-4 mesi dall'intervento, la ricomparsa dei movimenti di alcuni gruppi muscolari delle due coscie.

CAVINA G. (Firenze). — *Tecnica della resezione gastrica alla Billroth I secondo l'ultima variante di v. Haberer.* — Con alcuni schemi all'uopo disegnati illustra i principali momenti della gastrectomia secondo l'ultima modificazione di v. Haberer: *Gastroduodenostomia termino-terminale* con innesto diretto, circolare. Ne dimostra i vantaggi e ne discute le principali indicazioni e controindicazioni, pur restando fermo nell'opinione già altrove espressa che nella grande maggioranza dei casi di resezione il metodo di elezione è rappresentato dalla Billroth II secondo Polya, o meglio secondo Finsterer (anastomosi gastro-digiunale orale inferiore, retrocolica).

FASANO M. (Asti). — Si compiace che il prof. Cavina strenuo sostenitore della Billroth II si sia in parte convertito alla Pean-Billroth I, si compiace essenzialmente per il suo ecletismo qualità che sempre deve informare le nostre azioni.

Dalla fine dello scorso anno allorquando lesse nella « Munchener Medizinische Wochenscrift » n. 24 la nuova tecnica dell'Haberer fu sua cura subito applicarla nei casi che gli sembravano maggiormente indicati. Ha operati con la nuova tecnica solamente 10 casi dei quali 5 vennero da lui comunicati nella decorsa primavera alla « Società Piemontese di Chirurgia ». Tutti gli ammalati guarirono. Si capisce come non possa parlare di risultati a distanza, tuttavia dall'esame radiografico eseguito da 40 a 50 giorni dall'operazione ha potuto vedere un buon funzionamento gastrico, uno svuotamento dello stomaco *schubweise*, come dice il Teschendorf, radiologo dell'Haberer, a tratti e con formazione di un'ombra ovalare, rotondeggiante, che starebbe a rappresentare, secondo il sullodato autore, una neoformazione del bulbo.

Del resto che con questo metodo si sostituisca il viscere mutilato alla sua forma anatomica è fuori di dubbio, è quindi a sperarsi un più pronto ripristino funzionale e forse migliore che con gli altri metodi.

L'obbiezione che può essere fatta a questo metodo, che con esso si asporti forse poco di parete gastrica non regge. Con le resezioni è riuscito sempre ad asportare tratti corrispondenti ai 10-13 cm. di piccola e di 20-27 centimetri di grande curva, inoltre con le attuali concezioni sulla iperacidità gastrica prodotta da disfunzione, iperfunzione delle ghiandole del fondo conseguente al riflesso piloro-motore, è ovvio che con tale resezione la *saürefabrik* (la fabbrica dell'acido) dell'Haberer viene completamente asportata.

ALESSANDRI R. (Roma). — Ha eseguito da parecchi anni l'anastomosi con il duodeno dopo resezione gastrica sia termino-laterale che termino-terminale. Alla prima tecnica ha anche portato una modificazione personale. Il metodo però è applicabile, come ha osservato l'oratore, specialmente nell'ulcera della piccola curvatura mentre nelle ulcere duodenali riesce tecnicamente più difficile, quando la resezione sia ampia e l'ulcera piuttosto bassa.

Naturalmente nell'ulcera gastrica il duodeno è *indenne* e se ne può lasciare il massimo. Afferma però di aver abbandonato questo metodo perchè ha osservato casi di stenosi e casi di ulcera peptica recidiva che però forse più giustamente come afferma HABERER è un'ulcera duodenale non riconosciuta. Oggi infatti abbiamo notato che il concetto di ulcera unica non è esatto ma che molto spesso si tratta di ulcere multiple tanto gastriche che duodenali.

Ha abbandonato anche il metodo perchè si instaurano facilmente difficoltà di transito duodenale e anzi questa è la ragione più importante per cui è ritornato alla Polya classica che pur sembrando meno fisiologica gli ha dato i migliori risultati.

Per giudicare dei limiti della resezione è poco esatto il riferirsi a centimetri in quanto la estensione della resezione va di pari passo alle dimensioni dello stomaco. Si attiene sempre al concetto di resecare a livello della penetrazione nella piccola curva dell'arteria gastrica sinistra.

DONATI M. (Milano). — Concorda perfettamente col prof. ALESSANDRI. Ha usato pochissimo la Billroth I. Ha avuto un caso di ulcera peptica postoperatoria stenosante dopo Billroth I. Nei casi di ulcera quando reseca applica il metodo Polya con anastomosi orale inferiore; eccezionale la anastomosi gastrodigiunale abboccando il digiuno all'intera sezione gastrica. Usa la via transmesocolica, non la antecolica, per lo meno nella generalità dei casi.

CHIASSERINI A. (Roma). — Ha praticato molto la Billroth 1, in una serie di 80 resezioni 30 volte. Il duodeno può essere mobilizzato fortemente sì che può essere portato al di là della linea mediana.

Sulla estensione della resezione, usa anche lui esprimersi in centimetri, perchè altrimenti non si ha un metodo preciso di giudizio.

CAVINA G. (Firenze) (*Risposta*). — Ringrazia gli Oratori. Crede che l'operazione di elezione sia la Billroth 2 e che il metodo descritto può essere applicato in alcuni casi adatti.

BASTIANELLI P. (S. Giovanni Valdarno). — *Restaurazione gastrica.* — Consiste in una revisione operativa per le disfunzioni e per le cause da errori di tecnica delle ulceri peptiche. Queste revisioni sono per casi operati dal restauratore e in questi casi riconosce il genere d'operazione fatta nei casi da altri operati, si deve scolpire, preparare il blocco gastro-intestinale nei casi di ulcera peptica o in quelli disfunzionali. Fatta la delicata preparazione il chirurgo operatore deve ritrovare gli errori di tecnica che possono essere causa della determinazione dell'ulcera. Deve ogni chirurgo applicare i dati biofiliologici della funzione gastro intestinale. Non c'è bisogno di ammettere in ogni recidiva di ulcera (peptica) una distonia neuro vegetativo o il fato somatico del VANDER. Bisogna prima esaminare con critica profonda se il chirurgo non è occorso in errori di tecnica che per un radiologo non esistono. Porta esempio di errori di tecnica. Riferisce 3 casi di ulcera peptica (1930-1931). Ha eseguito innesti alla Kocher con l'artifizio di anastomizzare a un dito trasverso dello stomaco l'ansa afferente sull'efferente (e così

non viene derivata l'alcalinità del liquido bilio pancreatico) 5 con resezioni a brachetta alla Pauchet, operati da altri operatori. Riferisce su 12 piloro-antrectomie in operati da altri con gastro-enterostomie sole; 2 suoi casi. Dice che la soppressione del motore gastrico toglie la signoria del piloro, e lo stimolo che parte dalle glandole dell'antro su quelle del fondo. Mai ulcere da fili di seta. Egli ha usato sempre l'ansa da 16-17 centimetri al massimo perchè per l'O. l'ansa corta forse è la causa dell'ulcera peptica e impedisce la rotazione dello stomaco. Ha fatto due esofagizzazioni alla Tansini e una degastro enterostomia su 23 casi. Un morto per polmonite.

CAPPELLI L. (Ancona). — A proposito della restaurazione gastrica, riferisce di avere eseguite in breve periodo di tempo 6 degastroenterostomie in casi di gastroenterostomia, operati in altro ospedale.

Due di questi casi erano contrassegnati da ulcere peptiche sull'ansa efferente e non presentavano, al pari degli altri 4, qualsiasi segno di ulcera primitiva, gastrica o duodenale. Ha pure osservati e operati, in tempo relativamente breve, altri 8 casi di ulcere peptiche, trattate colla resezione della bocca anastomotica, seguendo il metodo di resezione Billroth II. Gli sembra che le indicazioni della gastroenterostomia non siano sempre eseguite esattamente e inoltre ha l'impressione che in passato le ulcere peptiche fossero molto rare. Può influire sulla patogenesi di queste il fatto che in passato non si operava sempre in qualsiasi periodo dell'evoluzione dell'ulcera primitiva?

BARCO E PASTORINO (Genova). — *Sulle resezioni varie dell'intestino tenue.* — Riferisce ricerche sperimentali. In animali in cui aveva asportato tratti più o meno ampi di tenue ha studiato le modificazioni della crasi sanguigna trovando variazioni in rapporto con l'estensione della resezione.

MARCOZZI V. (Giulianova). — *La peritonizzazione del peduncolo dell'appendicectomia.* — Insiste sulla importanza di provvedere a una peritonealizzazione più accurata del moncone.

FALCONE R. (Cosenza). — *Ancora dell'appendicite acuta e tubercolosi peritoneale.* — L'A. riferisce su di un caso, che si aggiunge ad altri tre comunicati in una precedente nota, e nei quali si trattava di individui con tare organiche e nei quali, dopo uno o più attacchi di appendicite franca, seguiti da un periodo di benessere, si è presentata una forma essudativa di tubercolosi peritoneale.

Il quadro clinico così accennato, si è presentato con una costanza e caratteristica tale, da far pensare ad una vera nuova entità morbosa.

La spiegazione patogenetica potrebbe essere data da quanto alcuni autori pensano sul rapporto, o che si mettano in causa altri germi o tossine, il meccanismo sarebbe sempre lo stesso, ossia scariche ripetute da foci latenti, le quali creerebbero dapprima uno stato allergico dell'appendice, donde l'attacco acuto prima, ed il substrato anatomico poi, per l'invasione del peritoneo.

ALOI V. (Catanzaro). — Sono lieto di confermare quanto ha esposto il professor FALCONE con lo studio di alcuni casi di tubercolosi addominali latente che sono stati da me precedentemente pubblicati corredati anche dall'esame istopatologico.

MINERVINI R. (Napoli). — Pure ammirando la acuta osservazione del professor FALCONE e lo sforzo di indagare un rapporto fra l'appendicite acuta e la tubercolosi peritoneale — pensa che questa coincidenza può essere semplicemente accidentale — o che nei casi riferiti dal FALCONE si fosse trattato di appendiciti croniche tubercolari acutizzate da una sopravvenuta infezione di comuni germi piogeni

FALCONI R. (Cosenza). — (*Risposta*). — La obbiezione principale era appunto questa, però premette che i casi di appendicite illustrati non sono stati operati. Nell'appendicite il processo era molto acuto, non si può disconoscere che si tratta di appendiciti acute.

Non gli sembra che si possa parlare di diffusione.

ALOI V. (Catanzaro). — *Su 151 appendiciti gravi operate a caldo.* — L'O. illustra 151 appendiciti gravi operate a caldo che divide in tre gruppi: 45 appendiciti d'emblée, 89 con peritonite circoscritta e 17 con peritonite diffusa. Richiama l'attenzione su talune crisi appendicolari epidemiche e sul contrasto fra il quadro nosografico e il reperto bioscopico. Riferisce su molti casi che hanno avuto bisogno d'interventi complementari allo scopo di riparare brutte lesioni. Dopo brevi considerazioni diagnostiche-cliniche sostiene la necessità dell'operazione immediata in ogni stadio di evoluzione dell'insidioso male.

FALCONE R. (Cosenza). — Ricorda un'epidemia di appendicite acuta, avutasi in provincia di Cosenza, in cui, oltre alla forma diffusiva, nello stesso ambiente, nella stessa famiglia, di casi multipli si è notata la gravità del processo, gangrena dopo 12 ore, e la ingannevolità dei sintomi.

BIOLATO D. (Torino). — *Sulle plicature longitudinali e trasversali del colon ascendente e del ceco. Ricerche sperimentali.* — L'oratore ha eseguito con varia tecnica le plicatio dell'intestino longitudinali alla Parlavecchio, limitandole però al ceco e al colon ascendente, e trasversali con metodo personale.

Lo studio anatomico macro e microscopico, e lo studio funzionale in vivo, gli hanno permesso di concludere dal lato anatomico, che le plicatio trasversali non vanno incontro a quell'atrofia delle tuniche muscolari in cui dal più al meno si riducono le plicatio longitudinali, mentre dal lato funzionale ha osservato: sopravvivenza ed escrezioni normali negli animali operati; influenza delle plicature trasversali sulla motricità intestinale nel senso che benchè la normale peristalsi non sia turbata, vi è sempre arresto delle onde di contrazione anastaltiche a livello delle plicature.

L'A. accenna ad alcune ipotesi, e conclude affermando l'importanza di questi risultati in rapporto ad eventuali suggerimenti clinici, in quanto le plicature trasversali, vere valvole artificiali nel lume intestinale, pure riducendo il volume del viscere, non ostacolano, ma probabilmente favoriscono il deflusso intestinale.

BIANCHERI A. (Reggio Emilia). — Le risultanze sperimentali ottenute dal collega BIOLATO. gli danno occasione di ricordare che JOSÈ e SBROZZI

della Clinica chirurgica di Modena, dove allora egli era aiuto, fin dal 1925, hanno sperimentalmente studiato la plicatio trasversale della pars verticalis dello stomaco e del crasso. E l'uno e l'altro hanno avuto risultati come quelli che oggi riferisce il BIOLATO. Aggiunge che un suo assistente, morto prima di potere stendere il lavoro, studiò radiograficamente e radioscopicamente la funzione del crasso dopo plicature trasversali; aveva notato, in sede di plicature una funzione enormemente più attiva che nei tratti non plicati (dott. ALBONI). Nella stitichezza sinistra, la plicatura è meno utile che a destra: a sinistra, data la minore attività intestinale la S.I.C. beneficia molto di una semplice eliminazione degli ostacoli dovuti a angolazioni, o eccessive lunghezze.

GRASSO R. (Roma). — *Stati anemici del tipo ipocromico nei colecistitici.* — Passati in rassegna i rapporti esistenti tra achilie ed anemie perniciose, perniciosiformi ed ipocromiche l'O. ha studiato in 24 colecistitici contemporaneamente lo stato della secrezione gastrica e lo stato ematologico riscontrando in 21 casi (87 per cento) stati anemici, 16 volte (66 per cento) del tipo ipocromico, accompagnati sempre la ipoachilia. Conclude per l'importanza dell'esame ematologico di questi infermi, onde completare la cura chirurgica con adeguato trattamento marziale e per un certo valore diagnostico di questo reperto ematologico che contrappone all'eritrocitosi delle ulcere duodenali con ipercloridria.

DONATI M. (Milano). — *Epatopatie febbrili non itterigene curate con la colecistostomia.* — Ha osservato casi di epatopatie febbrili non itterigene, ad eziologia incerta, ma da ascriversi alle epatosi nel senso di Eppinger, per la prevalenza di lesioni parenchimali e per la positività delle prove di insufficienza epatica, assai lievi essendo le lesioni interstiziali, a tipo di focolai nodulari di reticolosi o focolai parvicellulari perivascolari; casi che, non ritenuti fino ad ora chirurgici, hanno beneficiato invece rapidamente e stabilmente della colecistostomia.

Nel primo caso si trattava di un giovane di 24 anni in condizioni gravissime già trattato per appendicite e nefrite e inviato con diagnosi di ascesso subfrenico. Questa diagnosi fu contradetta dall'esame obbiettivo e dalle numerose ricerche eseguite. Data la gravità delle condizioni generali, la temperatura elevata con carattere suppurativo, il dolore in sede colecistica, si decise l'intervento. Nulla fu trovato all'operazione; la colecisti era normale, il fegato poco aumentato di volume. Fatta una colecistostomia introducendo a tenuta una Malecot nella cistifellea e fissando il fondo di questa al peritoneo parietale, la sera stessa lo ammalato era apirettico e così rimase. Il drenaggio fu mantenuto per sei settimane circa. Dalla sonda uscì dapprincipio bile scura, ma sempre sterile. Le prove di funzionalità prima dell'operazione dimostravano uno stato di notevole insufficienza epatica. Dopo l'operazione l'ammalato è aumentato di kg. 18. Il fegato funziona ora perfettamente.

In altri 2 casi simili fu fatta anche una biopsia del fegato che ha dimostrato che vi era una *lipoidosi* intensa delle cellule epatiche, zeppe di granuli e gocce lipoidee, nonchè di granuli e zolle di glicogene. Piccoli focolai nodulari di reticolosi. Piccole zonule a focolaio di infiltrazione parvicellulare perivascolari. Integre le vie biliari intraepatiche. Come si disse, vi era dunque essenzialmente un netto intenso stato di epatosi.

Dovremmo concludere che vi sono casi che decorrono con febbre e con scadimento delle condizioni generali, *senza ittero*, con bile sterile, in cui la funzione epatica si può dimostrare molto compromessa e in cui vi sono prevalentemente delle lesioni degenerative parenchimali. Sangue pure sterile. Questa sindrome scompare con il drenaggio esterno delle vie biliari.

Nel secondo caso aveva proposto in primo tempo il drenaggio medico fatto per 12 volte che portò ad una diminuzione della temperatura; poi cessato il drenaggio il leggero beneficio cessò; riprese la febbre anche con brividi intensi fino a 41°,8; fatta la colecistostomia la sintomatologia cessò immediatamente.

Non si può parlare in questi casi di *angiocolite* perchè la bile è sterile senza elementi patologici e solo con i caratteri, all'intervento, di bile da colestasi.

Vi sono casi che gli sono stati riferiti da colleghi, in cui semplici laparotomie o addirittura punture esplorative del fegato hanno portato alla cessazione della febbre, ma non si può senza altro asserire che siano paragonabili.

Mentre nei casi di epatite con ittero non esistono discussioni nell'indicazione all'intervento, in queste forme epatotiche senza ittero si potrebbe tentare prima un drenaggio medico, ma l'essenziale gli pare che sia non perdere troppo tempo in cure mediche, se non se ne vedono pronti vantaggi. Nel terzo caso il risultato è stato immediato e identico ai precedenti, ma maggiore fu il vantaggio nel senso che più precoce fu l'intervento

L'operazione non è pericolosa ed è semplice. Essa agisce certo per l'azione di drenaggio. rimuovendo il fattore colestasi (sostenuto da spasmo dello sfintere di Oddi, come proverebbero certi esempi col lipiodol fatti nel decorso postoperativo nel secondo caso ?), e comunque permettendo un facile deflusso biliare dal fegato e mettendo così in certo modo a riposo la cellula epatica.

In conclusione si deve aggiungere un altro capitolo chirurgico nelle epatopatie, affermando l'esistenza di epatosi febbrili non itterigene in cui vi è l'indicazione al drenaggio biliare.

La colecistostomia risolve questi quadri morbosi riportando alla norma la funzionalità compromessa del fegato.

D'AGATA G. (Messina). — *La colecistostomia in epatopatie acute febbrili non itterigene.* — L'O. riferisce il caso di una giovane donna, che da più mesi presentava una sindrome epatica, rappresentata sopratutto da modico aumento di fegato, dolenzia alla regione cistica, febbre alta a tipo remittente e in seguito intermittente, tale da fare ritenere come dovuta a formazione accessuale del fegato. Mai coliche, nè ittero. Deficienza funzionale del fegato. Condizioni generali gravi.

Fu sottoposta a laparotomia, in anestesia locale, e si ebbe a notare fegato leggermente ingrandito, di colorito oscuro, cistifellea di aspetto normale. Eseguita una colecistostomia l'inferma ebbe rapido miglioramento, con scomparsa della temperatura e ripresa normale della funzionalità epatica. Una piccola biopsia del fegato mostrò sopratutto diffusa lipoidosi del suo parenchima, mentre nessuna alterazione fu riscontrata a carico

della parete del fondo della cistifellea. Esame del sangue e della bile negativo.

È da notare che il drenaggio biliare fu tenuto circa tre settimane; prima di tale periodo — nei tentativi di chiusura della fistola — si aveva qualche guglia febbrile. Ciò farebbe pensare all'importanza del fattore « colestasi ». Ulteriori studi in proposito potranno portare luce all'etiopatogenesi di tali oscure affezione epatiche febbrili non itterigene, le quali (e ciò in pieno accordo con il prof. Donati), possono trarre beneficio con il drenaggio esterno della bile.

EGIDI G. (Roma). — La colecistostomia è atta a mitigare la colestasi con alterazione degenerativa del fegato. Anche noi abbiamo operato casi simili. Ma noi interveniamo quando la vescichetta biliare sia malata. Quando vogliamo drenare le vie biliari e domare una possibile infezione delle vie biliari dreniamo l'epatico. Ora in condizioni simili, si dovrebbe preferire il drenaggio dell'epatico. Questo mezzo è più efficace del drenaggio della cistifellea e altrettanto semplice.

CHIAROLANZA R. (Napoli). — Il caso del prof. Donati, che fu oggetto di discussione alla Società Torinese di Chirurgia, gli ha fatto rivedere la storia di un caso da lui recentemente operato, con febbre a tipo suppurativo, con fegato grosso, ma con itterizia, nel quale eseguì una colecistectomia, con drenaggio consecutivo del coledoco.

Residuò una fistola biliare, che ogni qualvolta tendeva a chiudersi, dava luogo al comparire di tutta la sindrome generale febbrile, ecc.

Si rende conto che il suo caso è accompagnato a ittero, mentre in quelli del Donati vi è assenza di ittero. Ma siamo in un campo non ancora ben chiaro; e quindi è utile la raccolta dei fatti, salvo le debite interpretazioni che l'esperienza potrà suggerire.

ALESSANDRI R. (Roma). — Accenna all'importanza dei casi di Donati perchè quelli prospettati dagli altri sono un'altra cosa perchè angiocoliti con ittero e allora si capisce che il drenaggio sia utile, o perchè casi di ittero in cui il drenaggio senza che esistesse infezione anche febbrile, ha dato buoni risultati. Nei casi di Donati, si tratta di epatosi febbrili senza ittero. Si accenna all'esistenza di colestasi, ma si comprende male che in questo caso non vi fosse ittero. L'interesse dei casi sta nel fatto che non c'era ittero e non c'era infezione.

La cessazione immediata dei sintomi gli fa ricordare un caso occorsogli tempo fa di sindrome simile senza ittero in cui fece una laparotomia e fissò la cistifellea alla parete con l'idea di aprirla poi. La febbre cessò completamente con questa semplice operazione. Ha ricordato questo caso perchè simili ad altri riferiti di guarigione dopo semplice laparotomia senza drenaggio biliare.

DONATI (Milano). — Ringrazia il prof. Egidi del contributo apportato. Nei suoi casi la cistifellea era integra e in questi casi non gli pare che sia indicato il drenaggio dell'epatico perchè più complicato, necessita se non altro di un drenaggio di garza oltre il tubo. L'intervento è innocuo anche in condizioni generali gravissime.

Il caso di Chiarolanza è un caso con ittero che rientra nel quadro dell'itterizie; in questo caso il drenaggio è utile anzi indispensabile. Vi sono dei casi di guarigione che dopo la puntura esplorativa, dopo una laparotomia semplice, ecc., sono guariti e ciò ci fa rimanere perplessi. Però vi saranno stati anche casi in cui dopo la laparotomia la sindrome sarà continuata, ecco perchè crede sia sempre bene aggiungere la colecistotomia e una biopsia del fegato a distanza della cistifellea che confermi la diagnosi di epatosi.

(*Continua*). P. VALDONI.

## XIII Congresso della Società Italiana di Urologia.

(*Continuazione e fine; v. num. prec.*).

### Comunicazioni sul rene.

G. RUSCICA (Roma). — *Manifestazioni iniziali riflesse gastroenteriche in un caso di tubercolosi renale.* — L'O. contribuisce con una personale osservazione alla conoscenza delle manifestazioni riflesse iniziali gastroenteriche nella tubercolosi renale, discutendone la genesi e il significato.

P. STURLESE (Milano). — *Su di un raro caso di tumore renale.* — L'O. ha avuto modo di studiare istologicamente un tumore asportato dal prof. Lasio, sviluppato a carico del polo inferiore del rene. Si trattava di un fibroadenoma del peso di 650 gr. Nella letteratura se ne riscontrano rarissimi casi.

C. TARALLI (Chieti). — *I traumi del rene.* (*Osservazioni cliniche e considerazioni medico-legali*). — L'O. tratta di 16 casi di traumatismo del rene occorsi alla sua osservazione su una statistica di 35.000 casi di traumi osservati in sei anni di pratica infortunistica. Illustrati i casi dal lato clinico si sofferma in modo particolare su considerazioni di ordine medico-legale, osservando la dipendenza e i rapporti tra trauma e taluni casi di lesioni renali nonchè le loro valutazioni nei rapporti delle leggi sugli infortuni. Conclude sulla necessità di praticare costantemente tutte le ricerche urologiche (esame della funzionalità renale, urografia, ecc.) sia per un'esatta diagnosi di sede e di natura che per il criterio valutativo.

TRAVAGLINI (Bari). — *Complicanze della nefropessi e della nefrotomia.* (*Contributo clinico ed isto-patologico*). — L'O. illustra tre casi clinici di chirurgia urinaria, nei quali a distanza varia di tempo dal primo intervento sul rene (nefropessi per rene mobile in un caso, nefrectomia associata a nefropessi per litiasi renale negli altri due casi), si rese necessaria una nefrectomia secondaria d'urgenza per emorragia grave nel paziente a rene precedentemente fissato e in uno dei due pazienti nefrotomizzati; una nefrectomia di elezione per ripetersi di coliche ed aggravarsi di pielectasia precedente al primo intervento nell'altro caso.

L'O. prende lo spunto per discutere la patogenesi delle complicanze del primo intervento (di nefropessi e di nefrotomia). Riportandosi alla questione degli esiti e degli effetti delle suture renali, ricorda i lavori sperimentali di Burci e Taddei e di altri autori sull'argomento, accennando ai mezzi più acconci ad ovviare le complicanze riferite e trae considerazioni conclusive sui metodi conservatori in genere, sulla nefropessi e sulla nefrotomia in particolare.

F. VIRGILIO (Nicastro). — *Un caso di voluminoso antrace del rene.* — L'O. riferisce un caso di antrace del rene, riscontrato in una signorina sof-

ferente da 5 mesi e che era stata operata precedentemente di colecistite.

L'O. rileva l'importanza dell'esame radiologico per l'accertamento diagnostico.

F. STOCCARDA (Suzzara). — *La calcolosi renale bilaterale nella prima infanzia.* — L'O. accenna alla rarità della calcolosi renale bilaterale infantile, ne illustra un caso in bambino di 5 anni operato di pielotomia posteriore destra nel 1928 e, a distanza di parecchi mesi, operato di pielotomia S. ottenendo guarigione duratura. Passa in breve rassegna la patologia chirurgica della calcolosi renale infantile e trattando della tecnica operativa suggerisce un metodo di ricostruzione della parete che consiste nel dare dei punti di fissazione sullo strato muscolare profondo onde impedirne la retrazione quando viene reciso. Crede che questo accorgimento valga a rendere meno probabile l'ernia post-operatoria lamentata dal Bernabeo.

F. ZITO (Palermo). — *Tubercolosi renale in rene ipoplasico.* — L'O. riferisce su di un caso di tubercolosi renale in rene ipoplasico interessante da un doppio punto di vista: per il volume del rene e per la sproporzione tra la funzionalità e la lesione anatomica.

**Comunicazioni sugli ureteri.**

A. BARELLA (Torino). — *Calcolo gigante recidivato dell'uretere pelvico.* — L'O. riferisce su un caso di calcolo gigante dell'uretere pelvico, recidivato, e discute sulle cause che possono aver provocato un tale sviluppo del calcolo stesso. Tratta sui metodi operatori.

A. BARELLA (Torino). — *Grossa idronefrosi da papilloma del bacinetto.* — L'O. presenta un caso di grossa idronefrosi causata da un papilloma del bacinetto che non diede mai alcun sintomo, nemmeno l'ematuria. Tratta brevemente sulla tecnica operativa di queste grosse sacche idronefrotiche.

BOEMINGHAUS — *Possibilità di ripristino nella dilatazione delle vie urinarie superiori.* — L'O. tratta della capacità di ripristino dei reni bloccati da calcoli ureterali e renali. Dopo l'espulsione spontanea e l'asportazione chirurgica del concreto, egli annette grande importanza a due elementi: 1) l'esistenza di un altro rene funzionante; 2) la presenza o meno di infezione delle vie urinarie, elementi che sono contrari al ripristino.

D. CIDDIO (Roma). — *Esperienze sulla sclerosi del moncone ureterale dopo nefrectomia, patologicamente alterato.* — Ad un gruppo di 12 conigli, divisi in due schiere, fu praticata una calcolosi ureterale sperimentale, mediante l'immissione dalla pelvi nell'uretere di un cilindro di vetro forato.

Nella prima serie di 5 conigli, a distanza di 20-30 giorni dal primo intervento fu fatta una nefrectomia sinistra e fu trattato il moncone ureterale rimasto con soluzione di chinino-uretano.

Nella seconda serie di 7 conigli fu invece iniettata nel moncone ureterale una soluzione di salicilato di sodio.

Mentre col trattamento chinino-uretano la sclerosi non si verifica pronta e completa, col salicilato di sodio dopo circa 20 giorni il lume ureterale scompare in tutti i segmenti.

M. PAVONE (Palermo). — *Dinamismo ureterale nelle coliche renali. Influenza delle cure idropiniche, dei sedativi (morfina) e degli antispastici (belladonna). Deduzioni pratiche.* — L'O. studia la dinamica ureterale delle coliche calcolose, controlla sperimentalmente il ritmo delle contrazioni ureterali sotto l'azione delle cure idropiniche, di iniezioni di morfina e di iniezioni di belladonna, nonchè verifica alla cromocistoscopia in numerosi casi le modificazioni del ritmo di eliminazione delle urine sotto l'influenza delle suddette cause e conclude affermando che nelle coliche renali da calcoli non sono indicate le cure idropiniche che accentuano, per l'aumento della distensione del bacinetto, la sintomatologia dolorosa e secondariamente, per la contrattura spastica dell'uretere sul corpo estraneo, impediscono la progressione di questo.

Tra le cure proposte per correggere la sintomatologia dolorosa, gli analgesici e gli antispastici, per meccanismi diversi di azione, riescono allo scopo, ma i primi non ostacolano notevolmente i movimenti peristaltici dell'uretere, mentre gli altri attenuano l'onda peristaltica e riducono il tono del canale, per cui questi ultimi non sono indicati quando si vuole ottenere la progressione dei calcoli in vescica.

P. BRUNI (Napoli). — *Eccezionale reperto ottenuto con la pielografia retrograda (urografia da eliminazione destra ottenuta con pielografia retrograda sinistra).* — L'O. illustra il singolare reperto di un caso in cui con la pielografia retrograda sinistra si è contemporaneamente avuto eliminazione del mezzo di contrasto da parte del rene destro, e ne interpreta il meccanismo.

V. ROSSI (Montegranaro). — *Dilatazione delle vie urinarie in gravidanza.* — L'O. dopo aver riferito i concetti teorici dei vari Autori, tratti dalla osservazione clinica e radiologica della costante dilatazione delle vie urinarie in gravidanza, afferma su documenti sperimentali che tale dilatazione non è determinata da ragioni meccaniche, anche se queste entrano in gioco, ma da fattori biologici (ormoni).

M. NOVAK (Trieste). — *Un caso di leucoplachia del bacinetto renale.* — L'O. dopo aver passato in rassegna l'eziopatogenesi della leucoplachia delle vie urinarie ed esposto le teorie dei vari AA. riferisce un caso osservato nel reparto Urologico « Giorgio Nicolich » in cui il processo leucoplasico era localizzato alla metà inferiore del bacinetto ed ai calici inferiori. In quanto alla patogenesi invoca un processo di pielite cronica che portò alla distruzione del rene ed a una parziale distruzione della mucosa del bacinetto.

**Comunicazioni sulla vescica.**

P. BLATT (Vienna). — *L'escissione cuneiforme dello sfintere nella chirurgia del collo vescicale e nella prostatectomia.* — L'O. tratta della resezione cuneiforme di una parte dello sfintere interno vescicale per via soprapubica, proposta da Rubritius, come cura dell'ipertonia dello sfintere da turbe idiopatiche. I migliori risultati furono ottenuti nelle ipertonie idiopatiche, nelle sclerosi dello sfintere e nelle barre del collo.

L'O. riferisce su tre escissioni da lui eseguite con buoni risultati funzionali. L'O. si dichiara contrario alla cura endoscopica dei piccoli adenomi della prostata e ricorda come l'escissione cuneiforme faciliti l'enucleazione degli adenomi prostatici.

Su 339 prostatectomie da lui praticate, fu ese-

guita in 82 casi la escissione del collo, 39 volte per agevolare l'enucleazione; in altri 36 casi, l'escissione cuneiforme dimostrò prima la presenza di piccoli adenomi e ne permise poi l'enucleazione.

A. CASSUTO (Roma). — *Quello che possiamo attenderci dalla radiumterapia dei tumori maligni della vescica e della prostata.* — Attraverso la pur limitata casistica personale, l'O. perviene alla conclusione che la radiumterapia non apporti dei seri vantaggi che sul grave sintomo emorragia.

Putroppo, l'applicazione del radium, tanto per infissione di aghi di Dominici per via sovrapubica e perineale combinate, come pure portato in vescica attraverso un catetere o il cistoscopio di Leo Burger, i miglioramenti o le guarigioni, non sono che effimere e apparenti anche malgrado i miglioramenti della tecnica chirurgica e strumentale urologica.

I. CHIOFALO (Messina). — *Anuria da grosso coagulo per carcinoma della vescica.* — L'O. riferisce un caso di anuria da grosso coagulo per carcinoma della vescica: l'anuria datava da 36 ore e si può collezionare in quei rari casi di anuria da neoplasie della vescica. Eseguita l'epicistotomia soprapubica dopo sei ore cominciò la minzione e in seguito il paziente fu trattato con la röntgenterapia.

G. DODERO (Torino). — *Disepitelizzazione massiva della mucosa vescicale da instillazione di nitrato d'argento.* — L'O. riferisce il caso di un'ammalata in cui l'instillazione di nitrato d'argento provocò ripetute volte l'emissione di uno stampo della cavità vescicale costituito dagli strati superficiali dell'epitelio.

G. NISIO (Bari). — *Sulla cura di un voluminoso diverticolo vescicale.* — Ribadisce il concetto che la cura vera dei diverticoli, la cura radicale è la loro esportazione. Ma aggiunge che vi sono diverticoli che non sono asportabili, a meno che non ci si tenga all'esito dell'operazione che in tali casi è quasi sempre letale.

Dimostra con l'illustrazione di un caso clinico, come si può curare un diverticolo grande e infetto, e come mercè detta cura un moribondo può tornare a vivere e persino a lavorare.

G. NISIO (Bari). — *Singolare corpo estraneo della vescica.* — Presenta un corpo estraneo, scheggia di granata, del contesto della parete anteriore e superiore della vescica. Poichè la scheggia deriva da un ferimento riportato oltre 10 anni prima il quale non fu affatto accompagnato da sintomi urinari di sorte e obbiettivi e subbiettivi, l'O. opina che la scheggia non ha colpito d'emblée il muscolo della minzione, ma bensì lo ha guadagnato col tempo, cioè vi ha migrato progressivamente.

G. RUSCICA e C. SANTORO (Roma). — *Rottura extraperitoneale della vescica urinaria per caduta sulle regioni glutee.* — Gli OO. illustrano un caso di rottura extraperitoneale della vescica urinaria verificatasi in un uomo di 58 anni, esente da pregresse affezioni delle vie urinarie, in seguito a caduta sulle regioni glutee, a vescica piena. Non esistevano lesioni dello scheletro del bacino.

Gli OO. si intrattengono su diverse ipotesi patogenetiche per chiarire il meccanismo della rottura della vescica e mettono in evidenza i criteri clinici che condussero alla diagnosi della lesione vescicale e i risultati operatori coronati da successo, malgrado il paziente fosse stato inviato in ospedale 48 ore dopo il traumatismo.

E. PELLECCHIA (Napoli). — *Di un voluminoso e raro calcolo della vescica.* — L'O. riferisce su un calcolo congenito vescicale in giovane di 19 anni di rara costituzione (carbonato di calcio) di non comune volume (un uovo di oca), alto 7 cm., largo 5 1/2 cm. di diametro, e del peso di 170 grammi; il quale oltre ai gravi sintomi subiettivi, obiettivi e generali aveva determinato ritenzione cronica completa di urina, urinazione per rigurgito, sepsi urinaria e tossi-infezione generale. Asportazione con l'epicistotomia.

A. PERRUCCI (Bologna). — *Contributo alla chirurgia dei diverticoli della vescica. Resezione parziale di un grosso diverticolo. Guarigione.* — L'O. riferisce su di un caso clinico capitato alla sua osservazione, nel quale difficoltà operatorie non gli permisero l'estirpazione totale della sacca diverticolare e si dovette limitare soltanto a resecarne una parte dall'inserzione alla vescica e a chiudere l'orifizio diverticolare. Il malato guarì ugualmente in un tempo non maggiore di quello occorso ad altri in cui potè eseguire l'estirpazione completa.

Da questo risultato l'O. è indotto a credere come non sia necessario asportare tutto il diverticolo, che rende lunga e pericolosa l'operazione, e che basterebbe forse resecare soltanto il colletto e chiudere l'orifizio diverticolare della vescica. In tal modo molti casi giudicati ora inoperabili potrebbero beneficiare di questo intervento assai più benigno, mentre la percentuale delle guarigioni si eleverebbe ancora di più.

A. L. BONANOME (Roma). — *Litotrisia o litotribolapassi endoscopica.* — L'O. comunica 6 casi di litotrisia endoscopica eseguita con l'apparecchio di V. Lichtenberg. Dimostra i vantaggi in confronto agli altri apparecchi di litotrisia endoscopica.

**Comunicazioni sulla prostata.**

R. BONNEAU (Parigi). — *Verifica della ferita prostatica qualche giorno dopo la prostatectomia.* — L'esplorazione a dito nudo della loggia prostatica è il solo mezzo di rendersi un conto esatto del processo cicatriziale, di constatare le modalità della *restitutio ad integrum*, come anche di sorprendere le anomalie di questa riparazione: diaframma vescicale, sclerosi, e deformazione dell'uretra, incrostazioni e calcoli secondari.

La verifica si effettua entro il 5° e il 9° giorno, quando l'emorragia primitiva è terminata. La tecnica di questa manovra è semplice; si fa al letto del malato non addormentato ma anestetizzato con una supposta di oppio. Il drenaggio soprapubico viene tolto; una sonda uretrale permette un lavaggio che porta via i coaguli e i detriti di tessuto che il dito introdotto ha liberato e mobilizzato.

Bisogna assicurarsi che le due mucose (vescicale e uretrale) siano in buona posizione rispettiva. Quando si è ottenuta la certezza che la riparazione della ferita è soddisfacente, si può senza timore mettere la sonda uretrale a permanenza.

Questa verifica sistematica della loggia è nello stesso tempo un atto terapeutico e un controllo di sicurezza.

C. TARALLI (Chieti). *Il trattamento diatermico nelle prostatiti acute.* — L'O. ritorna sull'argomento dell'applicazione diatermica con il metodo personale già comunicato nell'VIII Congresso di Urologia. Riafferma in base ad una numerosa statistica, agli ottimi risultati che si ottengono con

tale metodo (applicazione di un elettrodo anzichè nell'ipogastrio, sotto le natiche) specie per quanto riguarda la scomparsa dei fenomeni acuti della prostatite in un lasso brevissimo di tempo. Con tale metodo su circa 100 casi, l'O. non ha mai osservato la formazione di un ascesso prostatico, ed è ciò che principalmente lo rende soddisfatto del metodo stesso.

### Comunicazioni sulla vescica.

R. ASCOLI (Milano). — *Ricerche sperimentali nella formazione plastica dei tragitti epidermici. Sua possibile applicazione alla cura dell'ipospadia.* — L'O. riferisce su esperienze di costruzione plastica di tragitti epidermici, tappezzati inizialmente soltanto in parte da cute. In capo a tre mesi si ha epidermizzazione completa di tutta la superficie interna del canale: nella porzione neoformata non si ha presenza di fibre elastiche del derma e questo neppure allorchè il tragitto è stato sottoposto per la durata di 4 mesi a dilatazioni progressive.

I. CHIOFALO (Messina). — *Sull'azione del Prolan sul testicolo.* — L'O. riferisce su precedenti ricerche da lui eseguite prima in cani sessualmente maturi, poi in animali impuberi, con modiche dosi di Prolan o urina di gravida. L'O. osservò iperplasia delle cellule interstiziali, abbondante presenza di lipoidi nel protoplasma e scarsi fatti regressivi e progressivi.

V. TRAVAGLINI (Bari). — *A proposito di tubercolosi dell'asta.* — L'O. descrive un caso di tubercolosi del glande in cui fu praticata l'amputazione parziale dell'asta essendo stata la forma morbosa interpretata per epitelioma.

Discute la patogenesi del caso clinico interessante sopratutto per la sua rarità.

### Comunicazioni varie.

P. BLASUCCI (Roma). — *Una centuria di malati con infezioni dell'albero urinario, curati ambulatoriamente.* — L'O. espone i risultati della cura di circa 100 malati con infezioni dell'albero urinario, trattati prevalentemente con il cateterismo ureterico e con istillazioni nella pelvi renale; furono praticati circa mille cateterismi bilaterali impiegando sostanze antisettiche, astringenti e batteriofago.

M. BONINO (Torino). — *Valore delle microculture per la diagnosi della tubercolosi urogenitale.* — L'O. studia il valore del metodo di ricerca delle microculture per la diagnosi della tubercolosi urogenitale. Applica questo metodo sia sull'urina totale che separata per la tubercolosi renale; sull'urina totale e sullo sperma per le lesioni riguardanti il testicolo.

Conclude che questo metodo è molto sensibile e permette di fare una diagnosi di natura e di sede rapida e sicura nel 100 % dei casi.

C. BRUNI (Napoli). — *Sulla dieta chetogena nelle infezioni urinarie.* — In America specialmente si è data grande importanza alla cura delle infezioni renali mediante la cura chetogena. L'O. ha cercato di dare una conferma o meno a questa cura e si è occupato per ora solo della parte batteriologica, venendo alla conclusione che in urine acide il bacterium coli e lo stafilococco non vegetano e muoiono.

C. BRUNI (Napoli). — *I pericoli dell'anestesia generale nei bambini. Il balsoform, un nuovo anestetico.* — È noto che un pericolo grave spesso pesa sulla vita di bambini narcotizzati: la polmonite; perciò si ricerca un narcotico che agisca sulle vie respiratorie, diminuendo l'azione tossica del cloroformio o dell'etere, più pericoloso del primo. Nella Clinica Chirurgica di Varsavia si usa da un pezzo un nuovo narcotico, il *balsoformio*, che è un composto di etere, cloroformio, cloruro di etile e di gomenolo.

L'O. riferisce su una statistica di 250 casi di narcosi al balsoformio praticate nella Clinica Chirurgica di Varsavia.

M. PAVONE (Palermo). — *Per una norma da seguire negli esami delle urine.* — L'O. espone le ragioni per cui spesso non ci si può fare un concetto preciso sull'andamento di una infermità urologica, dallo studio degli esami delle urine, data la diversità dei criteri seguiti dai diversi analisti e la mancanza di norme precise da seguire nelle relazioni delle analisi stesse, specialmente dal punto di vista microscopico. Propone pertanto alcune norme da seguire.

G. RUSCICA (Roma). — *Emosiderinuria intermittente in un caso di splenectomia per sindrome ittero-emolitica.* — In un ragazzo di circa 13 anni, sottoposto a splenectomia con la diagnosi di itteroemolitico (1° Padiglione Chirurgia di Roma, prof. Puccinelli) si manifestò eliminazione di emosiderina per 50 giorni consecutivi, poi con periodi intermittenti a distanza di circa due anni dall'atto operativo.

L'O. discute la genesi dello speciale reperto urinario.

M. VERARDI (Napoli). — *La inoscopia nelle urine.* — L'O. espone una tecnica personale che semplifica di molto la originale rendendola alla portata di tutti e la raccomanda inoltre per gli ottimi risultati che se ne ottengono.

M. VERARDI (Napoli). — *Sterilizzatrice al formolo per urologia.* — L'O. presenta un apparecchio che ovvia del tutto al difetto di penetrazione dell'aldeide formica nell'interno delle sonde; e conserva ottimamente gli istrumenti privandoli dell'acqua assorbita durante l'uso. Le culture di pezzi di sonde preventivamente inquinate e quindi tenute mezz'ora nella sterelizzatrice, furono negative.

F. DE GIRONCOLI (Conegliano). — *Le microculture del bacillo tubercolare e suoi riferimenti clinici.* — L'O. parla del valore positivo delle microculture e fa rilevare che soltanto quando si sarà dimostrata clinicamente l'importanza del responso negativo delle microculture, queste avranno superato la prova del fuoco e potranno entrare nella pratica corrente. A dimostrazione del suo dire l'O. dopo aver riportato quanti più casi si conoscono nella bibliografia, ne cita alcuni personali.

P. BRUNI (Napoli). — *Un caso di anuria di difficile interpretazione patogenetica.* — L'O. illustra un caso di anuria in una paziente affetta da metastasi carcinomatosa e cerca di interpretare il particolare meccanismo che ha indotto l'anuria nel caso in parola.

E. SCAVO (Roma). — *Su un caso di ossificazione di cicatrice da epicistotomia.* — L'O. illustra un caso di ossificazione di una cicatrice da epicistotomia guarita per prima. Cerca di spiegare le ragioni per cui tali ossificazioni siano più rare sul segmento ombellico-pubico della linea alba che non sul xifo-ombellicale.

Dott. ALBERTO OBERHOLTZER.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### La lues nella pratica privata.

H. McCormak, dermatologo del Middlesex Hospital di Londra, illustra e giustifica, con numerosi casi clinici, il concetto che l'infezione luetica di data recente è contagiosa e curabile, mentre quella di antica data non è contagiosa, e si può curare solo con difficoltà e in casi eccezionali (*Brit. Med. Journ.*, 21 luglio 1934).

Le vie di trasmissione realmente pericolose per una lues recente sono il coito e il bacio: tuttavia il pericolo è sempre presente anche altre vie, e le persone di servizio sono spesso la causa di impreveduti contagi: in tali casi l'A. ritiene che il medico possa abbandonare il segreto professionale e rendere noto al capo della casa l'esistenza del focolai d'infezione, qualora il malato non si decida ad andarsene spontaneamente.

La cura deve essere intensa e prolungata; e controllata con esami ripetuti di sangue e — se possibile — di liquor: l'A. consiglia un ciclo di arsenobenzoli ad alta dose (1 iniez. da 0,60 e 9 da 0,90) per via endovenosa, seguìto a un ciclo di mercurio o di bismuto (per 3 mesi 1 iniezione alla settimana) a cui seguirà, eventualmente, un nuovo ciclo di arsenico.

La cura deve durare per due anni, senza grandi interruzioni.

Malgrado il forte uso degli arsenicali, l'A. non ha mai osservato danni a carico sia del sistema nervoso che del fegato.

Vi sono, è vero, casi che guariscono stabilmente con cure durate solo un anno, o anche meno; ma si tratta di casi eccezionali.

La lues d'antica data non è contagiosa: una donna che sia antica luetica non infetta l'uomo, ma può però trasmettere la malattia ai suoi figli.

Enrico VIII era un luetico e la sua prima moglie ebbe molti aborti e una sola figlia, Maria, che fu sempre malaticcia; le mogli successive non mostrarono alcun segno di infezione e gli altri figli, Elisabetta e Edoardo, furono sani.

La lues tarda è curata esclusivamente col bismuto; usato anche nella lues recente e preferito anzi al mercurio per la indolorabilità, il bismuto resta però il rimedio elettivo della lues invecchiata: ad esso si può, ma solo in secondo tempo, aggiungere l'arsenico, allorchè il pericolo di una reazione focale — a carico dell'organo leso — è assai diminuito.

Le lesioni gommose della lues terziaria si beneficiano dell'arsenico: non è sempre vero che la loro presenza indichi la contemporanea e futura integrità del sistema nervoso, perchè si possono avere — sebbene siano rari — casi di tabe o di p. progressiva con manifestazioni gommose. V. SERRA.

### Malarioterapia nella cheratite interstiziale luetica.

Ambler e V. Clerc (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 19, 1934) hanno sottoposto alla malarioterapia, praticata secondo le regole vigenti per la cura della paralisi progressiva, 17 malati, dai 7 ai 35 anni, con cheratite luetica; i risultati sono stati dei più incoraggianti, il dolore, la lacrimazione e la fotofobia sono cessati; anche le forme relativamente croniche, purchè non ridotte alla sola retrazione cicatriziale residua, possono giovarsi della cura che, in nessun caso, ha leso l'altro occhio. V. SERRA.

### I dolciumi nell'eziologia della vitiligo.

O. Roop (*New Jersey med. soc. journ.* e *Journ. amer. med. assoc.*, 8 sett. 1934) ritiene che i dolciumi possano essere uno dei fattori causali della vitiligo. Questa sarebbe il risultato dell'assorbimento, da parte della pelle, di certi prodotti di decomposizione dello zucchero, che subiscono un'ulteriore trasformazione chimica nella pelle stessa. Le sostanze chimiche così prodotte, non ancora determinate, ma che possono essere l'ammoniaca od il carbonato o carbonato d'ammonio, quando vengono assorbite depigmentano la pelle agendo come imbiancanti sulla melanina delle cellule a pigmento. Nella scorsa estate, l'A. venne consultato da 3 donne per vitiligo incipiente e da un uomo di mezza età per una vitiligo che durava da 3 anni ed era limitata allo scroto. In tutti era evidente un notevole consumo di dolciumi. *fil.*

### La cura rapida dell'herpes zoster.

In parecchi casi ostinati di herpes zoster, m. Sciuti (*L'Ospedale psichiatrico*, Napoli, anno I, fasc. 3) ha ottenuto buoni risultati con 2-3 iniezioni di ossi-acetilamino-fenilarsinato di dietilamina che riesce rapidamente a calmare i dolori ed a fare scomparire in 3-4 giorni l'eritema bolloso, guarendo bene la malattia, senza conseguenze nè recidive. *fil.*

### Nell'eczema seborroico ostinato della cute della testa.

R. O. Stein (*Schweiz. med. Wochens.*, 22 settembre 1934) consiglia strofinature intensive ogni 2-3 sere della cute con:

| | | |
|---|---|---|
| Tintura di quillaja al coaltar | g. | 3.0 |
| Precipitato bianco | g. | 1.5 |
| Unguento emolliente | g. | 30.0 |

lavare poi a fondo con:

| | | |
|---|---|---|
| Tintura di quillaja al coaltar | g. | 25,0 |
| Etere di petrolio | g. | 25,0 |
| Spirito saponato | g. | 150,0 |

Quest'ultimo va diluito (2 cucchiai in 4 di acqua calda, agitare bene).

Meglio ancora procedere nel modo seguente: per i primi 3 giorni della settimana, usare l'unguento, per gli altri 3 fare la lavatura, nell'ultimo. Dopo 6 settimane, pausa per un mese. *fil.*

**I misfatti degli estratti ipofisari in ostetricia.**

D. Bronzini (*La Clinica ostetrica*, sett. 1934) riporta il caso di una donna, che era in travaglio di parto con rottura del sacco da qualche ora. Per motivi non precisati, il travaglio si arresta. La levatrice pratica un'iniezione di estratto ipofisario a cui segue un periodo di doglie forti ed ininterrotte, senza effetto sull'andamento del parto. Dopo due ore, nuova iniezione, anch'essa inefficace. Edema della vulva e della vagina, che si fa poi enorme.

Dopo l'iniezione di morfina-atropina, compare qualche contrazione dell'utero, il corpo uterino si rilascia e la testa fetale scende lentamente; con un'applicazione bassa di forcipe, il parto viene espletato. Secondamento spontaneo. Successivo sviluppo di gangrena fulminante della vulva, delle pareti vaginali e del collo dell'utero, parti che vanno in sfacelo determinando la morte della donna in nona giornata.

Nel caso in esame, si avevano buone condizioni per il parto (bacino normale, buona posizione e presentazione del feto); è probabile che l'arresto del travaglio, più che da un'inerzia atonica, sia stato provocato da un'inerzia spasmodica, la quale anzichè migliorare è peggiorata con l'uso dell'estratto ipofisario. Ad aggravare la situazione, si è unita la mancata completa dilatazione del collo dell'utero. Il fattore meccanico prodotto dalla compressione dei tessuti fra testa fetale e bacino osseo ed il fattore microbico sopraggiunto hanno determinato la gangrena.

L'A. termina consigliando che alle levatrici sia inibito l'uso dei preparati ipofisari. *fil.*

**La terapia del cancro dell'utero infetto.**

Il cancro dell'utero può essere invasa da germi infettivi ad alta virulenza, i quali possono arrivare nei tessuti del neoplasma dalla via ascendente vaginale o da quella ematica. È importante sapere che il cancro infetto diventa poco sensibile alle cure attiniche e che, per questo, diventa più maligno.

Invece della radiumterapia preoperatoria, preferita da alcuni ginecologi, F. D'Erchia (*La clinica ostetrica*, aprile 1934) consiglia di praticare sistematicamente un ascesso di fissazione nelle cure attiniche, prima, durante e dopo di queste, allo scopo di allontanare qualsiasi germe sopraggiunto al cancro, per rendere questo più sensibile alle cure fisiche e per prevenire delle forme infettive che possono portare a morte primaria da radio. Che, se poi si sviluppi una grave infezione dopo l'intervento chirurgico, l'ascesso di fissazione serve a debellare il processo infettivo, molto meglio che tutte le cure specifiche, aspecifiche e degli autovaccini. *fil.*

**Dilaudid-scopolamina in ostetricia.**

Ruch (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 27, maggio 1934) nota come la combinazione del dilaudid colla scopolamina sia soddisfacente a promuovere la seminarcosi nei casi ostetrici. Già 10 minuti dopo l'iniezione, in 80 % delle pazienti, si potè constatare un evidente narcosi; la narcosi avviene dunque molto più presto che non colla morfina-scopolamina. Un altro vantaggio che in questa combinazione presenta il dilaudid di fronte alla morfina è il fatto che esso dà meno facilmente nausea. L'intensità e la frequenza delle contrazioni uterine non veniva influenzata in modo evidente dal preparato, anzi, le doglie sembravano spesso se mai migliorate nel loro ulteriore decorso. Non furono osservate azioni dannose di alcuna specie sul bambino (asfissia). I dolori *post partum* furono potuti lenire efficacemente coll'uso delle supposte da gr. 0,0025 di dilaudid.

A. P.

**Nelle salpingiti.**

Dousset (*Rev. franç. de gynec.* e *Schweiz. med. Wochens.*, 22 sett. 1934) consiglia le grandi lavature vaginali, da farsi senza pressione o con pressione moderata, in quantità di 100 (*sic*) litri di acqua a 39°-40°. Si fa seguire una lavatura fredda e poi si avvolge la malata in una coperta per 10-15 minuti. Ripetere ogni 1-2 giorni. Tale metodo, in molti casi recenti, anche febbrili, ha dato buoni risultati ed ha permesso di evitare l'operazione. *fil.*

## MEDICINA SCIENTIFICA

**Il tasso iodico e colesterinico nel sangue e il suo rapporto all'ipertonia essenziale.**

Per determinare il tasso iodico nel sangue M. Buerger e W. Moebius si sono serviti del metodo di Pfeiffer; in una serie di soggetti di età diversa hanno potuto costatare che la iodemia aumenta col crescere dell'età, specie dopo il quinto decennio. La media fisiologica oscillerebbe fra 30 e 40 $\gamma$% (va notato che tale cifra supera di 3-4 volte quelle ricavate col metodo di Fellenberg).

Lo studio del tasso iodemico in 20 soggetti ipertesi (quasi tutti di sesso femminile) ha dimostrato valori piuttosto alti; quasi sempre superiori a quelli che dovrebbe importare l'età dei singoli individui. In alcuni di questi è stato determinato anche il metabolismo basale, che si presentava pure superiore alla norma. Pur non osservandosi parallelismo fra l'altezza della pressione, della iodemia e del m.b. (anche le due ultime cifre non potevano dirsi proporzionali) gli AA. credono di poter concludere per una interdipendenza etiologica fra l'atti-

vità tiroidea e ipertonia essenziale; in questa si verificherebbe un disturbo di correlazione delle ghiandole endocrine; la tiroide avrebbe difatti l'ufficio di regolarizzare il tasso iodico del sangue; sono noti dei casi di ipertiroidismo con ipertensione (Kylin ed altri); anche Volhard, pur mettendo in dubbio l'azione ipertensiva della tiroide, cita dei casi del genere. In base ai loro risultati gli AA. considerano come inopportuno il trattamento iodico continuo degli ipertesi.

Per quel che riguarda la colesterinemia, dai dati degli AA. risulterebbe che pur presentandosi talora alta nei soggetti ipertesi, essa in media rasenta i valori normali; non avrebbe dunque alcuna importanza etiologica nella genesi della ipertonia essenziale. S. MINZ.

**Concentrazione delle proteine del siero in differenti tipi di edema.**

H. Hand (*Arch. int. Med.*, vol. 54, agosto 1934) ricorda come la teoria di Starling spieghi il meccanismo dell'edema legato alla ipoproteinemia; la caduta della pressione colloido-opnotica fa sì che questa sia vinta da quella idrostatica, con conseguente uscita di liquido dal letto vasale. 1 gr. di albumina esercita una pressione oncotica 4 volte superiore a quella di 1 gr. di globulina.

Bassi valori di proteine ed edema sono trovati, di solito, per quattro condizioni diverse:

1) per insufficiente assunzione di proteine (edema da fame, in seguito a vomito che disturbi l'alimentazione, da dieta cardiaca, da d. diabetica);

2) per eccesso di perdita di proteine (albuminuria delle nefrosi, diarree, emorragie);

3) distruzione proteiniche dovute a infezioni croniche o a stati cachettici;

4) formazione inadeguata di proteine e loro deficiente assimilazione.

Le ipoproteinemie vengono efficacemente combattute somministrando diete ricche di proteine, limitando il cloruro di sodio, usando a intervalli diuretici acidificanti, facendo trasfusioni di sangue o di plasma e iniezioni endovenose di acacia in soluzione iso- o ipertoniche, secondo un metodo proposto da qualche AA. americano, ma non scevro di pericoli.

V. SERRA.

# VARIA

**La popolazione del mondo.**

*L'Illustrazione Vaticana* pubblica interessanti dati statistici sulla densità e la distribuzione delle varie razze umane sul mondo.

L'Asia ha 1155 milioni di abitanti, l'Europa 503, le Americhe 255, l'Africa 150, l'Australia 10.

La razza cinese conta 454 milioni d'individui, l'indiana 356, la slava 503, la nord-Americana 170, la germanica 149, la latina 121, la giapponese 65.

L'autore della nota, G. Peruzzi, osserva: « Se la forza fosse solo nel numero il colosso cinese potrebbe guardare dall'alto in basso il minuscolo giapponese che non gli arriva neppure al ginocchio. La storia dei nostri giorni ci mostra invece una realtà che è nettamente opposta: il nano guarda dall'alto in basso il gigante ».

La popolazione delle cinque grandi nazioni europee risulta la seguente: Russia 163 milioni, Germania 65, Inghilterra 45, Italia 42, Francia 42.

L'A. così commenta queste cifre: « La guardia rossa ha ancora le mani in tasca, ma la storia non dipende dall'altezza (numerica) degli uomini. Specialmente la storia del mondo antico ci dimostra come piccoli popoli, quale il popolo romano, seppero dominare tutto il mondo conosciuto ».

**Uno sguardo a qualche organizzazione sanitaria della Russia sovietica.**

Il prof. G. Mann, in una seduta all'Associazione Medica Triestina (26 ott. 1934), ha riferito le impressioni raccolte a Mosca e Leningrado in occasione del viaggio intrapreso da un gruppo di medici italiani dopo la conferenza internazionale di Varsavia. Egli ha fermato soprattutto la sua attenzione sulla organizzazione degli studi medici e degli ospedali, sulla lotta contro la tubercolosi, sulla protezione della maternità e dell'infanzia, sull'istituto di pronto soccorso, sull'istituto del cervello. Dalle visite fatte alle varie istituzioni e dalle indagini praticate in argomento l'Oratore è arrivato alla conclusione che il regime sovietico ha affrontato tutto il problema sanitario con programmi elaborati tecnicamente in ogni dettaglio, con eccezionale importanza di mezzi, con praticità di intenti — non senza che anche su questo settore si ripercuotano le inevitabili manchevolezze congiunte con i fondamentali sconvolgimenti causati dal nuovo metodo di governo.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

R. F. VACCAREZZA y M. BATTAGLIA. *Profilaxis maritima de la grippe.* — Imp. Spinelli, Buenos Aires, 1934.

P. PICCININI. *La trasfusione del sangue in Italia.* — Uff. Stamp. Medica, Milano.

G. ZAMITTI MAMMANA. *Anastomoses Cholecysto-Digestivas Pelos Processos Tubular e Tubulo-Papillar.* — Tip. De Mello & C., Rio de Janeiro, 1934.

R. VACCAREZZA. *Bronquiectasia y pulmon quistiforme.* — Tip. Spinelli, Buenos Aires, 1934.

R. F. VACCAREZZA y G. POLLITZER. *Significado de la imagen triangular paravertebral en las bronquiectasias.* — Tip. Lopez, Buenos Aires, 1934.

G. IESU. *L'ipertrofia ereditaria della gengiva.* — Tip. Cappelli, Bologna, 1934.

P. PICCININI. *Rivendicazioni scientifiche italiane.* — Tip. Cordani, Milano, 1934.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Il prof. R. Alessandri e l'editore del " Policlinico „ comm. L. Pozzi ricevuti dal Duce.

*Il prof. Roberto Alessandri e l'editore Luigi Pozzi hanno avuto l'alto onore di essere ricevuti dal Capo del Governo, cui hanno fatto omaggio di una copia del Manuale Italiano di Chirurgia in 5 volumi pubblicato dagli Allievi sotto la personale direzione del Clinico Chirurgo di Roma.*

*L'editore Pozzi ha contemporaneamente offerto in omaggio al Duce un esemplare del commento al Testo Unico delle Leggi Sanitarie, scritto dai due eminenti giuristi on. deputato Carapelle e prof. A. Jannitti-Piromallo e di cui ha curata la pubblicazione.*

*L'on. Mussolini si è trattenuto affabilmente ed a lungo con l'insigne chirurgo e col solerte rappresentante dell'industria editoriale. Egli si è compiaciuto dell'intensa e proficua attività da essi svolta, nei loro campi d'azione, il che costituisce una decisa affermazione d'italianità.*

## AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

### Testo Unico delle Leggi Sanitarie. Istruzioni per la nomina dei medici visitatori.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica - Divisione 6ª - Sezione 3ª) ha diramato ai sigg. Prefetti del Regno la seguente circolare n. di prot 23500, in data 9 novembre 1934-XIII:

I medici visitatori, incaricati in via provvisoria della vigilanza sul meretricio pel 1934, scadranno dalle funzioni col 31 dicembre p. v.

Occorre, perciò, assicurare tempestivamente la continuità del servizio e procedere alle nuove nomine pel biennio 1935-1936 secondo le presenti istruzioni, che si emanano a' sensi dell'art. 307 del vigente T. U. delle Leggi Sanitarie.

1) Pianta dei posti di medico visitatore: Sulla base delle proposte del medico provinciale, sentito l'ispettore dermosifilografo, dove questi è già nominato, le LL. EE. devono con proprio provvedimento stabilire, per i comuni nei quali occorre tale servizio, il numero dei medici visitatori in rapporto al numero delle case e delle donne da vigilare sanitariamente, avendo cura di contenerne il numero nei limiti necessari per le effettive esigenze del servizio.

Per particolari necessità della vigilanza sanitaria, specialmente quando questo Ministero non abbia potuto procedere alla nomina dell'ispettore dermosifilografo, può essere considerato un posto di medico visitatore capo, a disposizione dell'Ufficio Sanitario Provinciale, affidando ad esso funzioni analoghe a quelle dell'ispettore.

2) Concorso interno: In questa prima applicazione della disposizione di legge è doveroso tener conto del servizio prestato per molti anni ed in modo lodevole dai sanitari incaricati delle mansioni di medico visitatore, e pertanto questo Ministero dispone che in primo tempo per coprire i posti stabiliti dalla pianta anzidetta si proceda ad un concorso limitato ai medici visitatori, che presentemente sono in carica.

Ciò deve essere preceduto da una preventiva valutazione, da parte delle EE. LL., dei requisiti morali e politici dei singoli aspiranti. In tal modo si conseguirà una prima selezione con la esclusione di quei sanitari che, a prescindere dalla capacità professionale, non siano in possesso, a giudizio delle EE. LL., dei titoli indispensabili per chi è chiamato a disimpegnare il delicato incarico di medico visitatore, che insieme a funzioni tecniche comporta anche funzioni di medico fiduciario dell'Amministrazione Sanitaria e di medico fiscale.

In analogia a quanto il Testo Unico delle Leggi Sanitarie stabilisce nei riguardi del collocamento a riposo dei sanitari condotti ed ufficiali sanitari, non possono essere ammessi a detto concorso interno i sanitari che abbiano superato il 65° anno di età.

Del pari, in ottemperanza alle norme date sul divieto del cumulo delle cariche, le EE. LL. non possono ammettervi quei sanitari che ricoprano altri incarichi o posti retribuiti, da qualunque amministrazione dipendenti.

Espletata questa preliminare valutazione, le EE. LL. devono invitare i sanitari in carica a presentare regolare domanda corredata dei documenti e titoli attestante la loro competenza nella specialità. Documento indispensabile è la iscrizione al Partito Nazionale Fascista.

Nell'invito al concorso deve farsi esplicita menzione che la nomina è conferita per un biennio e non costituisce rapporto di impiego.

Il giudizio sugli aspiranti sarà demandato ad una commissione di tre membri costituita:

1) del medico provinciale che fungerà da presidente;

2) di un rappresentante del Sindacato Provinciale Fascista dei medici-chirurgi, scelto dalle EE. LL., su designazione di almeno tre nomi fatta dal Sindacato;

3) dell'ispettore dermosifilografo provinciale, e, in sua mancanza, del direttore del reparto ospedaliero per malattie veneree o di quello del dispensario per le malattie veneree del capoluogo, o di uno specialista in dermosifilopatica nominato dalle EE. LL.

Fungerà da segretario un funzionario della Prefettura.

La commissione, valutati i titoli dei candidati, rassegnerà non più tardi del 15 dicembre la graduatoria dei concorrenti, classificandoli secondo la votazione in punti trenta trentesimi (dieci punti

per commissario), evitando gli *ex aequo*. A parità di merito valgono la preferenze contemplate dal R. D. L. 5-7-1934, n. 1176.

3) Nomina: Le EE. LL., approvata la graduatoria, conferiranno la nomina secondo l'ordine della graduatoria stessa, avendo cura di assicurarsi che non vengano concentrate più mansioni nello stesso sanitario, e tenendo conto che l'esercizio delle funzioni di medico visitatore deve, di regola, considerarsi incompatibile col contemporaneo esercizio di altre mansioni che non consentano lo adempimento delle funzioni stesse, o vi interferiscano.

Potrà derogarsi da tali norme nel solo caso in cui non sia possibile assicurare il servizio per la mancanza sul posto di altri medici specializzati in dermosifilopatica.

4) Concorso pubblico: Quando con il concorso interno non si riescano a coprire i posti stabiliti nella pianta, ovvero quando si debbano coprire posti risultanti vacanti in seguito, la nomina deve farsi a seguito dei risultati di un pubblico concorso, da indirsi dalle EE. LL., per lo svolgimento del quale verranno date speciali norme da questo Ministero.

5) Compenso: Deve essere stabilito in misura adeguata alle funzioni sotto forma di assegno mensile, valutato in ragione delle visite da praticarsi e delle donne sottoposte alla vigilanza sanitaria, le quali devono essere equamente ripartite tra i medici visitatori.

Tali compensi gravano sul fondo speciale costituito presso le Prefetture ai sensi degli articoli 307 e 308 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie, per la cui costituzione si conferma quanto in precedenza è stato determinato con le istruzioni date per l'applicazione del regolamento 25 marzo 1923, n. 846, sulla profilassi delle malattie veneree.

6) Compiti e doveri spettanti al medico visitatore: Questo richiamo ha grande importanza per la regolarità del servizio e per ovviare agli inconvenienti segnalati nel passato.

I compiti più importanti vengono così determinati:

Obbligo di eseguire gratuitamente: la prima visita, prescritta per le donne che devono essere accolte nelle case; le visite sanitarie bisettimanali delle donne dimoranti nelle case stesse e le visite straordinarie tutte le volte che occorra. Tali visite debbono risultare da apposito registro con l'indicazione del giorno della visita e con le generalità delle donne.

Vigilanza sulle condizioni igieniche dei locali; segnalazione pronta al medico provinciale dei fatti sanitari più importanti e denunzia dei casi di malattie infettive e parassitarie riscontrate, oltre che delle infezioni veneree.

Obbligo di attuare nelle case la cura gratuita delle forme di infezioni veneree ed in particolare della sifilide, che non sono in istato di contagiosità e che non importano l'allontanamento della donna.

Obbligo di collaborare con l'ufficio sanitario provinciale nell'esecuzione nelle misure di profilassi.

Divieto di accettare retribuzione e compenso di qualunque genere od a qualsiasi titolo dagli esercenti le case, e dalle donne in essa accolte, come pure di assumere in cura privata le donne sottoposte sia alla propria diretta vigilanza che a quelli di altri medici visitatori.

Quando risulti provato che la cura non possa praticarsi nelle case, e quando la donna nella città non può avvalersi dell'opera di altri specialisti, il medico provinciale può autorizzare il medico visitatore ad assumerla in cura privata, e questi per gli onorari dovrà attenersi alla tariffa minima stabilita dal Sindacato provinciale dei medici.

In caso di negligenza, colpa o di scorrettezza nell'esercizio dei compiti affidati, le EE. LL. hanno sempre facoltà di sospendere dalle funzioni il medico visitatore, e di revocare la nomina. In quest'ultimo caso deve farsi contestazione degli addebiti.

Data poi la natura del servizio occorre sempre stabilire una rotazione periodica dei medici visitatori nelle case; rotazione da farsi almeno ogni trimestre.

Le norme anzidette devono guidare le EE. LL. nella organizzazione del servizio di vigilanza affidato ai medici visitatori, e questo Ministero attende di avere comunicazione della pianta dei posti, delle nomine conferite e delle istruzioni date.

# CONCORSI.

**POSTI VACANTI.**

GENOVA-RIVAROLO. *Ospedale Celesia.* — Scad. 20 dic., ore 16; aiuto chirurgo; L. 5000 lorde, cointeressenze; titoli ed esami; età limite 35 a.; tassa L. 50; docum. a 3 mesi dal 18 nov. Per altre condizioni chiedere avviso di concorso. Rivolgersi alla Segreteria.

MANTOVA. *Comune.* — Concorso per esami e per titoli al posto di Direttore della Sala Celtica e del Dispensario Antivenereo Comunale. Stipendio lire 8000 al lordo delle ritenute di legge e delle riduzioni di cui ai RR. DD. 20-11-1930, n. 1491 e 14-4-1934, n. 561. Non vengono concessi aumenti periodici, nè indennità. Nomina per un triennio, salvo conferme triennali. Età massima anni 35, salve eccezioni di legge. Scadenza 15 dicembre 1934-XIII. Richiedere bando alla Segreteria Comunale.

MELITO PORTO SALVO (*Reggio Calabria*). *Ospedale Provinciale « Garibaldi ».* — Scad. 10 dic.; radiologo interino per l'Istituto di Radiologia e Terapia fisica; titolo specializzato e 6 mesi di pratica radiologica in Ospedale; L. 5000 e 30 % (elevabile a 40 %) incasso lordo, vitto e alloggio. Rivolgersi alla Direzione.

MONTERIGGIONI (*Siena*). — Scad. 31 dic.; unica condotta del Comune; L. 7500 e 6 quadrienni dec., oltre L. 3500 trasporto, L. 100 assicuraz., L. 500 uff. san., alloggio gratuito. Età limite 35 anni.

PARMA. *Ospizi Civili.* — Scad. 5 dic.; medico primario; L. 6000 e 4 quinquenni decimo, compartecipaz.; trattenute e riduzioni di legge; tassa L. 50,10. Rivolgersi all'Amministrazione.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Il Ministero ha pubblicato la notificazione di concorso per la nomina di 18 tenenti medici in servizio permanente effettivo del Corpo Sanitario Militare Marittimo.

Potranno prendere parte al concorso i laureati in medicina e chirurgia che abbiano ottenuto l'abilitazione all'esercizio professionale e non abbiano oltrepassato il 27° anno di età al 1° novembre 1934.

Il limite massimo di età sopra indicato è aumentato di quattro anni per coloro che risultino regolarmente inscritti ai Fasci di Combattimento senza interruzione da data anteriore al 28 ottobre 1922.

Le domande documentate dovranno pervenire al Ministero della Marina entro il 15 gennaio 1935.

Gli interessati potranno richiedere copia della relativa notificazione di concorso (con annesse istruzioni e programmi di esame) direttamente al Ministero della Marina (Direzione Generale del Personale e dei Servizi Militari - Divisione Stato Giuridico) ed alle Direzioni degli Ospedali Militari Marittimi di La Spezia, Taranto, Venezia, Pola, La Maddalena.

ROMA. *Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.* — È aperto un concorso per titoli e per esami a 60 posti di Medico assistente presso gli Ospedali-sanatoriali dell'Istituto. Gli aspiranti dovranno, non più tardi del 31 dicembre 1934-XIII, presentare, facendosene rilasciare ricevuta, o far pervenire, per mezzo della posta, in piego raccomandato, con ricevuta di ritorno, alla Direzione Generale (Servizio personale) dell'Istituto in Roma, via Minghetti 22, i documenti. Età limite 34 anni. Lo stipendio annuo sarà di lire ottomilaquattrocento, nette da imposta di ricchezza mobile, oltre le competenze accessorie (vitto e alloggio gratuiti nell'Ospedale, non convertibili in denaro) e una seconda mensilità di retribuzione alla fine di dicembre. A tali emolumenti sarà applicata la riduzione di cui al R. D. L. 14 aprile 1934, n. 561. Sullo stipendio è fatta la ritenuta del 5 % per il trattamento di previdenza. Per copie dell'annunzio e per ogni informazione gli aspiranti potranno rivolgersi alla Sede Centrale predetta.

CONCORSI A PREMI.

*Concorso per Laureandi in Medicina.*

L'Associazione Medica Italiana di Idro-climatologia, Talassoterapia e Terapia fisica bandisce anche per l'anno 1935 un concorso a due premi fra laureandi in medicina e chirurgia di nazionalità italiana o delle Isole Egee o delle Colonie italiane, per tesi di laurea discusse nelle sedute d'esami di laurea del 1935, che illustrino con ricerche sperimentali qualche punto saliente della idrologia, climatologia, talassoterapia e terapia fisica e che siano dichiarate meritevoli di premio a giudizio inappellabile della Commissione scientifica dell'Associazione.

I due premi, da assegnarsi alle due tesi di laurea giudicate meritevoli, saranno di L. 1000 (mille) ciascuno.

Le tesi di laurea da presentare al concorso, dovranno essere fatte pervenire in triplice copia, dattilografata, entro il 30 novembre 1935, al segretario dell'Associazione: prof. Celestino Gozzi, Milano, via Pascoli 37. Modalità consuete.

I lavori presentati al concorso restano di proprietà letteraria dell'Associazione che si riserva di pubblicarli o meno, in extenso o in riassunto, sulla « Rivista Italiana di Idro-climatologia, Talassoterapia e Terapia fisica ».

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Con recente provvedimento S. E. il Ministro delle Finanze, oltre ad avere riconfermato in carica gli attuali Consulenti delle Regie Terme di Salsomaggiore, ha nominato quali nuovi membri del Comitato di Consulenza, i proff. Cesare Decio, Luigi Preti e Armando Rossi, direttori rispettivamente dell'Istituto ostetrico-ginecologico, della Clinica medica e dell'Istituto di Radiologia della R. Università di Parma.

Le Terme con queste nuove nomine vengono ad acquistare indiscussi valori che potranno recare un contributo importante alle indicazioni che sarà per dare in avvenire il Comitato.

A far parte del Consiglio delle Corporazioni sono stati chiamati, oltre i rappresentanti delle professioni sanitarie, l'on. prof. Nicolò Castellino in rappresentanza dei datori di lavoro per le industrie giornalistiche e l'on. prof. Antonio Tomaselli in rappresentanza dei lavoratori per l'industria del vetro artistico.

Il premio Nobel per la chimica è stato conferito al prof. Harold Urey, dell'Università Columbia di New York.

La Facoltà medica di Parigi ha conferito la nomina di dottore *honoris causa* al prof. A. von Eiselsberg, clinico chirurgo di Vienna.

La Facoltà medica di Tolosa ha conferito la nomina di dottore *honoris causa* al prof. Maurice Brouha, direttore della Clinica ostetrico-ginecologica dell'Università di Liegi.

Sono confermati presidi di Facoltà mediche i proff. A. Baldoni a Bari e A. Busi a Roma.

Il dott. Romualdo Costanzi Porrini, assistente nella R. Clinica medica di Perugia, è nominato direttore e medico primario dell'Ospedale di Fassano (Cuneo) in esito a concorso, nel quale è risultato primo. Rallegramenti.

Il prof. Gerhard Wüllenweber è nominato ordinario di medicina interna a Colonia.

La Società dermatologica tedesca ha nominato presidente il prof. K. Zieler di Würzburg; la carica è quadriennale.

Il Dr. John M. Wheeler di New York è stato eletto presidente della « Società di chirurgia plastica e ricostruttiva » degli Stati Uniti.

Il dott. Gudmundur Hannesson, professore di anatomia e d'igiene a Reykjavik (Islanda), ha ricevuto la medaglia d'oro d'onore della Facoltà medica dell'Università di Amburgo.

L'Accademia delle Scienze di Parigi ha assegnato numerosi premi, tra cui i seguenti: premio Jean Dagnan-Bouveret, di 15.000 fr., a Auguste-Ch. Marie e Paul Remlinger, per i loro lavori sulla rabbia; premio Lacage, di 10.000 fr., al prof. Portier, per i suoi lavori di fisiologia.

Il prof. Samuel James Cameron è nominato professore regio di ostetricia all'Università di Glascow, quale successore di J. M. Munro Kerr, andato a riposo il 30 settembre.

Alla Clinica oculistica di Berlino, quale successore del prof. Krückmann, è stato chiamato il prof. Walther Löhlein, ordinario a Friburgo i. Br.

## NOTIZIE DIVERSE.

**Inaugurazione di anni accademici.**

Nelle Università italiane hanno avuto luogo, con nuovi riti significativi, le inaugurazioni degli anni accademici.

Alle relazioni dei Rettori hanno fatto séguito quelle dei segretari del G.U.F.; poi si sono avute manifestazioni militari, per l'inaugurazione dei corsi di allievi ufficiali universitari e per il giuramento delle reclute della Milizia Universitaria.

A Roma la cerimonia ha assunto speciale solennità per l'intervento del ministro dell'Educazione Nazionale, del segretario del P. N. F., dei presidenti del Senato e della Camera e di moltissime altre autorità, ciò che attesta l'alta estimazione in cui il Governo Fascista tiene gli studi superiori. Per l'ultima volta, dopo 632 anni dalla fondazione dell'Università, la cerimonia si è svolta nel classico e glorioso edifizio della Sapienza; nel prossimo anno si terrà alla Città Universitaria. Il corso degli allievi ufficiali di complemento fu inaugurato dal gen. Baistrocchi, sottosegretario di Stato alla Guerra.

A Napoli la cerimonia venne onorata dalla presenza del Principe di Piemonte; a Milano da quella del Duca di Bergamo; a Pisa da quella del sottosegretario di Stato agli interni on. Buffarini; a Parma da quella del ministro dell'educazione nazionale.

**Il laboratorio per gli studi della malaria.**

La Stazione sperimentale per la lotta antimalarica verrà assorbita, col 1° gennaio, dall'Istituto della Sanità Pubblica, sotto il nome di Laboratorio per gli studi della malaria.

Traendo occasione da tale passaggio, si è tenuto, il 20 novembre, nella sede della Stazione, un convegno al quale hanno partecipato il principe don Roffredo Caetani, i senatori Marchiafava, R. Bastianelli e Sanarelli, i proff. G. Bastianelli, Ficacci, Gosio, Ilvento, Labranca, Nazari, Pecori, Puntoni, Vernoni, la prof.sa La Face, i dottori Escalar, Filippini e Verney ed altri. Il dott. Hackett, rappresentante la Fondazione Rockefeller, alla quale si deve l'iniziativa della Stazione, e il prof. Missiroli, il quale l'ha diretta, hanno riassunto l'attività svolta nel corso di un decennio. I proff. Marchiafava, Ilvento, G. Bastianelli e Sanarelli hanno augurato che tale magnifica attività continui, dopo il trapasso alla Sanità. Il prof. R. Bastianelli ha portato l'eco della gratitudine delle popolazioni beneficate dalla lotta antimalarica.

**2° Congresso internazionale d'igiene mentale.**

Si adunerà a Parigi dal 27 al 31 luglio 1936, sotto la presidenza onoraria di Henry Claude ed effettiva di Ed. Toulouse; presidente del Comitato per il programma è René Charpentier; segretario generale è G. Benil Perrin.

Il testo delle relazioni e delle comunicazioni dovrà pervenire, dattiloscritto, al presidente del Comitato per il programma non oltre il 1° novembre 1935. Lingue ufficiali sono le seguenti: francese, inglese, italiano, portoghese, spagnolo, tedesco. Ogni manoscritto dovrà essere accompagnato da un sunto di 15-20 linee in francese o inglese.

Il congresso comprenderà membri aderenti (dottori in medicina) e associati (persone di famiglia). I primi corrisponderanno una quota di 125 franchi francesi; i secondi di 75. Si accettano le iscrizioni delle Leghe nazionali d'igiene mentale; quota 500 franchi; si accettano anche quelle di stabilimenti ospedalieri e di centri d'igiene e profilassi mentale: quota 125 franchi.

Al congresso sarà unita una mostra.

Per quanto riguarda i lavori scientifici, rivolgersi al presidente del Comitato per il programma, Dr. René Charpentier, rue Perronet 119, Neilly-sur-Seine (Seine), Francia. Per quanto riguarda la parte economica, rivolgersi al tesoriere, sig. Robert Demachus, rue de Londres 27, Paris, Francia.

**2° Congresso internazionale di stomatologia.**

S. M. il Re si è compiaciuto di consentire che questo Congresso, indetto a Bologna per l'aprile 1935, abbia a svolgersi sotto il Suo alto Patronato. S. E. il Capo del Governo si è degnato di assumere la presidenza onoraria del Congresso.

Tali notizie costituiscono il maggiore riconoscimento dell'importanza di questo Congresso, che acquisterà importanza anche in ragione dei problemi di ordine igienico-sociale che saranno trattati e che permetteranno di illustrare, agli scienziati di ogni Paese, l'opera svolta, anche in questo campo, dal Regime Fascista, sotto l'impulso del Duce.

**Nuove istituzioni d'assistenza sanitaria.**

Il 15 ottobre l'Alto Commissario per la provincia di Napoli, on. Baratono, si recò a visitare i lavori in corso sull'amena collina dei Camaldoli, per il grande Ospedale Sanatoriale costruito a cura dell'Istituto per la Previdenza Sociale. Il Sanatorio ai Camaldoli, che sarà uno dei più grandi d'Italia, essendo capace di 1500 letti, è già a buon punto e S. E. Baratono si è vivamente interessato affinchè sia portato rapidamente a termine.

Ugualmente egli ha impartito disposizioni per una più spedita prosecuzione dei lavori di costruzione dell'Istituto contro il cancro, che ha già raggiunto il 1° piano fuori terra.

Si confida che si abbia al più presto l'apertura di queste importanti istituzioni che varranno a sempre più diffondere nel mezzogiorno la vigile opera di prevenzione e di tutela voluta dal Regime.

Il 28 ottobre sono state inaugurate a Napoli le nuove installazioni dell'Ospedale Elena d'Aosta, che in questi ultimi tempi è venuto trasformandosi per rispondere sempre meglio alle esigenze della odierna tecnica ospedaliera. L'Alto Commissario per la Provincia ha visitato i vari servizi, le corsie ed i gabinetti, manifestando il suo compiacimento al presidente dell'Opera Pia amministrata dal « Monte della Misericordia » ed al direttore dell'ospedale. I lavori di consolidamento, restauro ed ampliamento eseguiti hanno importato una spesa di circa due milioni e mezzo di lire, di cui un milione a carico dell'Alto Commissariato ed il resto a carico dell'opera. L'ospedale così rinnovato e bene attrezzato ha una capacità di 250 letti.

Nella riunione del consiglio direttivo della Federazione provinciale di Napoli dell'O. N. M. I., il presidente prof. Morisani riferì le pratiche da lui svolte per dotare la città di una guardia ostetrica. Previ accordi col Comune, è stato possibile disporre perchè al più presto nei locali dell'Amministrazione Provinciale in piazza S. Maria la Nuova sorga questo centro di assistenza ostetrica domiciliare alle partorienti.

**Per la sistemazione economica del personale universitario.**

In un discorso tenuto ai Rettori universitari riuniti a rapporto, il segretario del P. N. F., on. Starace, aveva raccomandato le sorti del personale assistente. Aderendo a tale raccomandazione e ponendosi in testa a tutte le consorelle del Regno, l'Università di Napoli, a mezzo del suo Consiglio di amministrazione, ha approvato un progetto di sistemazione economica del personale assistente — progetto messo allo studio, su proposta del Rettore, fin dall'anno scorso — per il quale gli stipendi degli aiuti e assistenti vengono elevati fino alla misura di quelli degli statali; in pari tempo sul bilancio universitario viene stanziata una somma da devolversi alla concessione di « premi di operosità scientifica » in favore di quegli aiuti e assistenti (anche volontari) che dimostrino attitudine, attività e passione per la ricerca scientifica, ed abbiano in corso studi promettenti di utili risultati.

**Il sen. Pende all'Università di Bordeaux.**

All'Università di Bordeaux il gruppo degli « Studi economici del Sud-ovest », aderente al Comitato « France-Italie », ha promosso una serie di manifestazioni scientifiche italiane.

Esse si svolgeranno con dei corsi regolari di lezioni e conferenze alla presenza delle autorità consolari, del Corpo Accademico e di tutte le autorità francesi.

In un primo gruppo di lezioni, tra gli altri OO. è stato invitato il sen. prof. Nicola Pende, il quale parlerà dei « Progressi della scienza medica in Italia ».

**Un po' dovunque.**

Il congresso italiano di ostetricia e ginecologia non si farà più a dicembre, come di consueto, bensì in primavera, durante le vacanze pasquali.

Il 4 novembre si è tenuta a Parigi, nell'Hôtel-Dieu, la 13ª Sessione dell'assemblea generale francese di medicina; era destinata alla difterite. Venne presieduta da un medico di campagna, il dott. Paul Durand, circondato da sedici membri dell'Accademia di Medicina, dal decano della Facoltà medica di Parigi, dal direttore dell'Istituto Pasteur e da altre spiccate personalità della medicina francese: si è voluto così rendere un omaggio al valore dei medici pratici.

Il 12 settembre si è tenuta nel New Jersey, a Trenton, una riunione di rappresentanti di varie classi sanitarie: medici, dentisti, farmacisti e infermiere, per discutere i problemi d'interesse comune. Sono ora in programma riunioni annuali; altre riunioni potranno essere convocate dal presidente, o stabilite in occasione delle conferenze annuali.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 26 ottobre, il 2 ed il 9 novembre, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robbia. Furono fatte comunicazioni da: G. Mann, G. Zanier, dott.a G. Barzilai, A. Chersi.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 19 ottobre, sotto la presidenza del prof. Coletti, assitisto dal segretario dott. P. Fabris. Furono fatte comunicazioni dai soci Tramontini, Opocher, Rossi e Del Fabbro.

Nella sede del Collegio dei Medici di Madrid si è adunata la Giunta dell'Associazione dei medici ferroviari, sotto la presidenza del dott. Durán Sousa. Venne decisa una visita di ringraziamento al dott. German Asúa, medico capo delle Ferrovie del Nord, il quale ha stabilito che le prestazioni dei medici ferroviari sopranumerari e sostituti, fn'ora gratuite, debbano essere compensate adeguatamente.

La Lega tedesca dei medici per le cure fisiche e dietetiche (naturismo) si è adunata il 24 e il 25 novembre, all'Ospedale Rudolf Hess, in Dresda. Informazioni presso il presidente Dr. Väth, Sofienstrasse 70, Heidelberg, Germania.

L'Associazione Americana dei Medici Scolastici ha stabilito la sua nuova sede a: Broadway 883, Albany, N. Y.; il segretario, Dr. William A. Howe, dedicherà ora quasi tutto il suo tempo all'Associazione. Questa è presieduta dal Dr. Charles H. Keene.

All'Accademia di Medicina di New York il prof. A. M. Fishberg ha inaugurato, il 9 novembre, le conferenze serali, trattando il tema: « Riconoscimento e cura dell'insufficienza circolatoria periferica (shock) ».

Il prof. Arturo Castiglioni ha tenuto, alla Reale Società di Medicina di Londra, una conferenza su « L'antica Università di Padova e i suoi discepoli inglesi ».

La Scuola di Perfezionamento in Medicina del lavoro della R. Università di Roma ha riaperto i corsi il 19 novembre al Policlinico del lavoro, iniziando il suo quinto anno di vita. Ricordiamo che per la nomina dei medici di fabbrica si richiedono medici competenti in medicina del lavoro; per la nomina di periti o arbitri nelle controversie circa l'assicurazione delle malattie professionali, si dà la preferenza assoluta, dopo i docenti, agli specialisti in medicina del lavoro. Il Ministero delle Corporazioni ha riconosciuto il diploma di specialista in medicina del lavoro come titolo di preferenza, a parità di voti, nei concorsi per medici ispettori corporativi; e come titolo di preferenza l'ha anche riconosciuto la Confederazione generale fascista dell'industria, per la nomina dei medici di fabbrica.

Si è costituita in Spagna l'« Unione di Difesa Medica », la quale si propone di « dare battaglia ai medici accaparratori di cariche ufficiali ». Ha approvato e sottoposto al Collegio Medico di Madrid una serie di proposte, tra cui le seguenti: che non si creino posti ufficiali con retribuzione inferiore a 5000 pesete l'anno; che le gratificazioni siano inglobate nello stipendio; che tutti i posti ufficiali comportino la pensione e la possibilità di carriera; che i posti siano resi accessibili a tutti i medici, per concorsi liberi, annunziati con forte anticipo e resi largamente pubblici; che un medico non possa avere più di un posto; che l'interinato sia ammissibile solo per qualche mese; che una Commissione del Collegio dei medici vigili per limitare i favoritismi e le ingiustizie.

In merito alla notizia da noi data, sulla soppressione di varie cattedre nelle Facoltà mediche francesi, l'ottimo confratello « Marseille-Médica-

le » fa rilevare, nel numero del 25 ottobre, che questa soppressione non porta con sè la scomparsa degli insegnamenti, i quali saranno assicurati, a tariffa ridotta, ma di qualità uguale, da professori senza cattedre e da aggregati. (Facciamo notare ai nostri amici francesi che nel nostro numero del 22 ottobre avevamo già dichiarato come, secondo dichiarazioni ufficiali, l'insegnamento non verrà sensibilmente a soffrire dalla soppressione di cattedre).

Il Ministro per l'Agricoltura e le Foreste ha aperto un concorso fra cittadini italiani che abbiano, con pubblicazioni, contribuito alla conoscenza, all'applicazione ed alla valorizzazione in genere della flora officinale spontanea o coltivata dell'Italia, Colonie e isole italiane dell'Egeo.

Il Ministero delle Corporazioni, dopo accertamenti presso gl'Ispettori Corporativi, ha ritenuto che non è il caso di prescrivere che presso i depositi di benzina e di petrolio siano adottate camere di medicazione, specie se nelle vicinanze esistono posti di pronto soccorso. È tuttavia da ricordare che il Decreto 31 luglio 1934 contiene le nuove Norme per la sicurezza di tali depositi e del trasporto della benzina e del petrolio.

Il Parlamento irlandese ha approvato una legge che vieta la vendita degli anticoncezionali, anche su indicazione medica; la stessa legge vieta le offerte stradali delle prostitute.

Il tifone abbattutosi il 21 settembre sul distretto giapponese di Kwansai e che ha fatto 3000 vittime, ha distrutto il lebbrosario dell'isola di Sotojima, ove, su 597 ricoverati, ne sono morti o scomparsi 235, nonchè 2 guardiani; una mareggiata ha spazzato il piccolo manicomio di Sampo, presso Saka: i 90 ricoverati ed i loro guardiani sono annegati. Nella città di Osaka si sono manifestate epidemie di tifoide, di dissenteria e d'influenza; nella città di Fukura, sull'isola di Awaji, le condizioni sanitarie sono state particolarmente cattive, a causa delle infezioni tifoidi.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni era stato costretto, nel luglio scorso, a denunciare al Sindacato Medico due dei suoi medici fiduciari. La documentazione allegata alla denuncia dimostrava come i due medici avevano inviato all'Istituto vari rapporti di visite, sui moduli dell'Istituto, nei quali erano trascritti dati anamnestici, misure somatiche, risultati di esame obiettivo e di esami di urine completamente arbitrari. Dei due medici, l'uno aveva redatto i rapporti senza aver mai visitato gli assicurandi, l'altro aveva copiato i rapporti di un collega senza aver neanche visto gli assicurandi. I due medici avevano percepito, come di norma, gli onorari per le visite. Il Sindacato e l'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, dopo aver accertati i fatti, hanno inflitto ai due medici la sospensione dall'esercizio professionale per un mese ed il ritiro della tessera sindacale fino a nuovo ordine.

La Camera penale del Tribunale Cantonale di St. Galler (Svizzera) ha condannato, per la terza volta, un esercente abusivo dell'odontoiatria; notevole è la progressione delle multe comminate ad ogni condanna: 100, 300 e 500 franchi svizzeri.

Avanti la X Sezione del Tribunale di Roma si è iniziato il procedimento penale per la morte del prof. comm. Benedettelli, valoroso medico di Roma, avvenuta il 24 ottobre 1933 per investimento da parte di un camion della S.T.A.

I giornali hanno dato notizia dell'arresto del dott. Bruno Aliotta, dimorante a Roma, imputato di aver sottratto, con artifizi e raggiri, ingenti valori alla contessa Agnese Holl, da lui curata, morta il 21 settembre in età di 82 anni.

Nelle vicinanze di Castiglione delle Stiviere il dott. Giuseppe Rossi, medico condotto, procedeva sulla sua automobile, quando questa, per uno sbandamento, andò a cozzare violentemente contro un autocarro, incendiandosi; vani riuscirono gli sforzi del conducente l'autocarro, per salvare il povero medico. Questi contava 61 anni.

È morto a Roma il dott. prof. GAETANO AJELLO RABBONI, primario ostetrico-ginecologo, decorato di medaglia d'argento al valor militare, apprezzato professionista.

## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

**Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.**

ANNO XLI Roma, 10 Dicembre 1934 - XIII Num. 49

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
REPARTO DI PATOLOGIA DIGESTIVA E DIETETICA
Primario-direttore: Prof. P. ALESSANDRINI.

### Contributo alla diagnostica della gastrite cronica

per il dott. ANTONIO BONADIES, aiuto.

Il problema della gastrite cronica è da qualche anno di attualità ed oggetto di numerosi contributi etiologici, anatomo-patologici e clinici che tendono a facilitarne la diagnosi.

Nel nostro Reparto specializzato ho avuto modo di osservare circa 50 casi del genere che meritano di essere studiati per ricavare utili ammaestramenti clinici.

*Etiologia.* — Sull'etiologia della gastrite cronica le opinioni degli AA. non sono concordi.

Per chiarezza di esposizione dividerò, come gli altri, le cause della gastrite in:

α) cause esogene;

β) cause endogene.

Prima però di passare ad esaminare particolarmente queste cause occorrerà dire come in tema di g. c. forse più che per altre malattie occorre dare fondamentale importanza alla predisposizione, cioè alla speciale mejopragia di certi stomaci che ammalano con facilità in confronto di altri che non ammalano mai. Per parlare della costituzione gastrica individuale occorrerà con Pende, fissare due grandi tipi di stomaco, lo stomaco robusto, ipertonico, capace di smaltire una grande quantità di cibo e lo stomaco astenico, debole a risorse digestive limitate e incapace di qualsiasi sforzo funzionale.

Sappiamo già che è caratteristico del megalosplancnico il primo tipo di stomaco cioè quello robusto, e del microsplacnico il secondo tipo.

Difatti il macrosplancnico è il tipo del mangiatore e bevitore di acqua, dallo stomaco voluminoso in cui egli può cacciare quello che vuole, mentre il microsplancnico, pure se ha buon appetito, sente che lo stomaco si riempie con facilità e non gli permette di abusare nè del mangiare nè del bere. Tra questi due tipi estremi di costituzione gastrica vi è tutta una scala intermedia di valori che è possibile fissare tenendo conto delle predisposizioni funzionali, delle anomalie di tono, di peristalsi, di secre-

zione globale, di secrezione dell'HCl, della sensibilità gastrica e di altri elementi. È evidente allora come, se si sottopone uno stomaco, poco capace di sopportare sforzi ad una alimentazione inadeguata, a stimoli comunque abnormi, si può determinare una malattia che invece non si determina in un altro soggetto a stomaco forte.

Stabilito quel che si deve intendere per debolezza di stomaco, di cui comunemente anche i profani parlano, cominciamo a prendere in esame queste varie cause di malattia cominciando da quella che la maggioranza degli AA. ritiene la più importante: l'alcool. Circa la maniera di agire sulla mucosa gastrica possiamo ritenere che, contrariamente a quello che pensano Thomsen ed altri i quali vorrebbero ammettere una maniera di agire indiretta dell'alcool, come avviene per il fegato, lo stomaco viene leso direttamente per la grande facilità della mucosa ad assorbire il tossico. Lo stomaco è molto sensibile a questo stimolo, e appena in contatto con esso reagisce prontamente con un'abbondante secrezione globale e di HCl come ha messo in evidenza nel nostro Reparto il dott. Arullani su numerosissimi sondaggi praticati. Esperimenti inoltre capaci di dimostrare l'azione dannosa dell'alcool ve ne sono numerosi nell'uomo e anche negli animali. Uno dei più dimostrativi mi pare quello riportato dal v. Bergmann e che riguarda la produzione sperimentale della gastrite flemmonosa: si è visto che se si somministra ad un cane una miscela di frantumi di vetro e streptococchi non si produce nessuna lesione gastrica; se invece il cane viene sottoposto prima a somministrazione prolungata di alcool allora la lesione gastritica sperimentale si produce.

Occorrerà aggiungere sempre a riguardo dell'alcool che gli alcooli forti e concentrati hanno azione patologica molto più spiccata che non le bevande a basso contenuto alcoolico come il vino, la birra ecc. Anche queste ultime però possono dare lesioni di una certa gravità quando se ne ingeriscono in grande quantità. In tal caso si può ammettere che all'azione stimolante dell'alcool si aggiunge il fattore dilatazione gastrica da soprariempimento.

Nel materiale statistico del nostro Reparto la gastrite alcoolica l'abbiamo riscontrata in parecchi soggetti: in molti altri l'elemento alcool si sommava ad altre cause. La gastrite degli alcoolisti dà una sintomatologia che è molto simile a quella dell'ulcera gastro-duodenale così che spesso tali p. vengono operati e dall'operazione, qualunque essa sia, traggono scarso giovamento. Ciò è capitato al p. che è oggetto della seguente storia clinica:

T. Michele, asfaltista, di a. 68, da Cerreto Laziale. Nulla risulta nell'anamnesi remota all'infuori di una malaria sofferta 20 anni fa e guarita presto. Oltre ad essere forte mangiatore e fumatore è un fortissimo bevitore di vini e liquori. Il p. confessa di aver bevuto da 3 a più litri di vino al giorno oltre ai liquori di qualunque specie purchè forti.

Ha sofferto spesso di acidità gastrica, di dolori a sede epigastrica con alternativa di miglioramenti e peggioramenti. L'anno scorso per l'aggravarsi della sintomatologia gastrica fu sottoposto a intervento chirurgico per sospetto di ulcera gastrica. Il chirurgo però non riscontrò l'ulcera e richiuse l'addome senza eseguire alcuna operazione. Il p. fu dimesso dall'ospedale e consigliato ad astenersi dal vino e dall'alimentazione incongrua ciò che egli fece per qualche tempo avendone un sensibile miglioramento. Poi riprese a bere vino e a mangiare molto e fu ripreso nuovamente da dolori addominali con gli stessi caratteri degli anni precedenti. Per questo ricoverò nel nostro Riparto.

In Riparto l'es. obiettivo risulta negativo per lesioni dei vari organi e apparati. La Wassermann: negativa. L'esame delle urine: negativo. L'esame del succo gastrico dà un'acidità quasi normale. L'esame radiologico è negativo per lesioni ulcerose L'esame gastroscopico dà una mucosa di colorito rosso-fosco, non lucente, con blocchi di muco bruno-verdastro aderenti alla mucosa. Sulla parete posteriore pliche grosse, rigide che si lasciano spianare con difficoltà dall'aria insufflata.

Si fa diagnosi di gastrite cronica ipertrofica mucosa. Si praticano 3 iniezioni a giorni alterni di autoemoterapia e si dimette il p. molto migliorato, consigliandogli un tenore di vita meno incongruo.

Altri due casi sono poco dissimili dal precedente e perciò non mi dilungo a riportarli per esteso.

Dopo l'alcool, il tabacco entra fra le cause comuni di gastrite. Circa la maniera di agire del primo si è un po' in alto mare: c'è chi dà tutta la colpa alla nicotina e c'è chi la dà ai prodotti secondari di combustione della foglia di tabacco. Se però questi prodotti agiscano per l'intermezzo del sistema nervoso vegetativo che già dai tempi di Langley, si sa essere molto sensibile al veleno nicotinico (come è ammesso per molti stati anginoidi) oppure se agisce direttamente sulla mucosa gastrica non vi è accordo fra gli AA. Io credo che si può ritenere con l'Alessandrini che il fumo esplichi la sua azione deleteria per mezzo della saliva carica di prodotti tossici che il buon fumatore non sputa ma inghiotte. Nello stomaco questa saliva irritante congestiona la mucosa gastrica e crea il primo gradino della gastrite: il succo gastrico acido farà il resto.

Con lo stesso meccanismo si può ritenere che agiscano le altre cause ritenute comunemente come responsabili della gastrite e che io enumero semplicemente per amore di brevità: eccesso di alimento, cibi troppo grossolani, le droghe (pepe, peperoni, aceto ecc.), le sostanze alimentari guaste, i cibi non masticati o masticati male (gastrite degli sdentati) ecc.. Fra i medicamenti sono da tenere presenti. il salicitato di sodio e i salicilici, l'olio di croton, il cloruro di calcio (così usato anche nelle emorragie gastriche!), l'arsenico, il sublimato, la digitale ecc. Naturalmente in questa enumerazione non entrano le sostanze fortemente caustiche, acidi o alcali, ingerite per errore o a scopo suicida, e che danno lesioni gravi dello stomaco a tipo distruttivo.

U. Arcangeli, in base alla sua lunga esperienza, assegna un'importanza notevole nel determinismo dell'ulcera e della gastrite all'ingestione di caffè bollente espresso. Egli, lodando le abitudini del buon tempo antico (beato '800!) quando il caffè si sorbiva lentamente seduti al tavolino, conversando con gli amici, ritiene che non possa essere innocuo il caffè bevuto al bar all'americana, in piedi, alla svelta, bollente, come viene fuori dalle macchine per espressi. Che valore bisogna dare a questa affermazione? La mia statistica, derivando da malati di clientela ospedaliera che per ovvie ragioni non può avere queste abitudini, non mi permette di confutare le idee dell'Arcangeli. È certo però che l'uso smodato di bere caffè caldi e specialmente degli aperitivi non è senza influenza nel determinismo delle gastrite.

β) Nei casi in cui le cause esogene surriferite, mancano, occorrerà pensare alle cause endogene.

Alessandrini assegna speciale importanza alla stasi venosa sia di origine portale e sia da cause cardiache o di altra natura.

Due casi del genere meritano una speciale menzione.

T. Giovanni, falegname di a. 25. A 17 anni soffrì di un attacco classico di malattia reumatica con dolori articolari interni e febbre alta. A questa malattia residuò un'insufficienza mitralica classica. Stette bene per qualche anno: poi cominciò ad avere disturbi. Dapprima fu tormentato da cefalee più o meno intense, poi insorse dolore epigastrico modico, che dapprima era ad insorgenza dopo i pasti, poi divenne continuo e si fece sempre più intenso. Per questo chiede di ricoverare in ospedale.

All'esame obiettivo si riscontra un quadro classico di insufficienza mitralica con fegato nei limiti senza edema.

Wassermann R. negativa.

Negativo l'esame delle urine e delle feci.

L'esame gastroscopico di una mucosa congesta evidentemente, di colorito rosso-scuro tendente al vinoso o al brunastro, non lucente, con blocchi di muco di varia grandezza aderenti tenacemente alla mucosa, di colorito verdastro torbido. Le pliche un po' grosse.

L'esame radiologico è negativo per lesioni ulcerose: a piccolo riempimento dà un aumento delle pliche e una tortuosità di esse.

C. Rosa, di a. 32, da Viterbo. Questa p. non ha avuto una malattia reumatica come la precedente. Da qualche anno ha dolori epigastrici che talora aumentano a digiuno, talora dopo ingestione di liquidi.

È stata visitata da vari sanitari i quali hanno tutti sospettato un'ulcera dello stomaco: in nessun caso però l'esame radiologico ha potuto confermare il sospetto clinico.

La p. viene nel nostro Riparto dove si mette in evidenza un'insufficienza mitralica compensata. Il resto dell'esame obiettivo è negativo.

La R. di Wassermann è negativa.

L'esame radiologico del tubo digerente è negativo per lesioni ulcerative. Nemmeno l'esame col piccolo riempimento fornisce dati attendibili per una gastrite.

Solo l'esame gastroscopico permette di vedere una mucosa gastrica di colorito tendente al cianotico, con scomparsa della lucentezza della mucosa. Le pieghe sono normali e si appianano dopo insufflazione di aria. Non si rilevano ulcerazioni nè superficiali nè profonde.

In base a questi dati gastroscopici è possibile fare la diagnosi di gastrite, gastrite che, in assenza di tutte le altre cause esogene ed endogene note, si può mettere in rapporto con la stasi venosa viscerale che era visibile all'esame endoscopico dell'organo.

Lo studio della funzionalità gastrica col rosso neutro ha messo in evidenza un fatto di notevole importanza: si è stabilito che alcune sostanze introdotte per via parenterale vengono eliminate attraverso la mucosa gastrica. Lo stesso meccanismo vale evidentemente anche per spiegare molte forme di gastrite di cui non ci è dato di scoprire la causa diretta: gastriti da eliminazione.

Le più comuni forme di gastriti da eliminazione (di germi o dei loro prodotti tossici) sono quelle che si accompagnano a malattie infettive di poco conto: gastriti da influenza, da tonsillite ecc., e che si manifestano con inappetenza, nausea, talora vomito, dolori a sede epigastrica, lingua fortemente impaniata ecc. Da queste forme si passa poi a quelle più frequenti che sopravvengono nel corso di malattie infettive vere e proprie come tifo, paratifo, dissenteria, colera, pulmonite, febbre di Malta (Micheli), ed a suppurazioni prolungate.

Dei casi di gastrite da eliminazione capitati alla mia osservazione ne citerò uno solo molto tipico sopravvenuto a seguito di suppurazioni recidivanti delle mani.

S. Armanda, di a. 19, domestica. Nulla nell'anamnesi remota all'infuori dei comuni esantemi. Due anni fa ha un processo suppurativo al pollice D. che richiede un intervento chirurgico con asportazione di pezzetti di osso (sequestri): tale suppurazione durò 2 mesi.

Nell'ottobre ultimo scorso altra suppurazione a tipo flemmonoso sopravviene alla palma della mano D. che richiese altro intervento chirurgico. La suppurazione si protrasse per altri due mesi.

La p. che già nel periodo della prima suppurazione aveva avuto nausea, malessere, dolori epigastrici lievi di scarsa durata e intensità, adesso, in corrispondenza della seconda suppurazione ha avuto una sintomatologia gastrica così spiccata e imponente da richiedere il ricovero ospedaliero.

In reparto in base alla sintomatologia clinica, al referto radiologico, endoscopico e chimico fu fatta diagnosi di gastrite. Col riposo e colla dieta il processo in una quindicina di giorni è guarito, essendosi già cicatrizzata completamente la lesione suppurativa alla mano.

Altro caso anch'esso interessante è quello conseguito ad infezione puerperale e che fu trasferito al nostro Reparto della Maternità di S. Spirito. La donna che era stata sempre bene di stomaco dopo il parto ha una febbre puerperale che guarisce dopo circa 10 giorni. Già durante il periodo febbrile e anche dopo si istalla una sindrome dolorosa epigastrica con nausea, vomito, anoressia. La gastrite fu accertata radiologicamente e endoscopicamente. Migliorò notevolmente dopo una degenza ospedaliera abbastanza lunga.

Circa i rapporti intercorrenti fra gastrite e tubercolosi pulmonare si può ritenere che molti fenomeni gastrici dei tisici si debbono riferire a eliminazioni di tossine per via gastri Tali disturbi possono essere così intensi da assumere l'aspetto di sindromi ulcerose. Alessandrini insiste particolarmente su questo fatto e, di fronte a un longilineo, magro, con torace allungato, con pleurite pregressa consiglia di non tralasciare mai l'esame radiologico del torace per evitare di cadere nell'errore di fare operare per ulceroso un soggetto affetto solo da g. da eliminazione di prodotti tubercolari. Casi del genere sono capitati a tutti gli osservatori. Ne citerò qualcuno tipico anch'io.

I. Angela, di a. 30, donna di casa. Non ha precedenti tubercolari in famiglia. Dall'aprile 1933 comincia ad avvertire dolori all'epigastrio, anoressia, non vomito, talora febbre. Fu ricoverata in una clinica ostetrica e sottoposta ad iniezioni di latte nel sospetto si trattasse di una affezione annessiale. Nessun miglioramento. Ricovera il 19 marzo 1934 nel nostro reparto per l'accentuarsi dei disturbi suddetti e per la febbre.

L'esame clinico e radiologico mette in evidenza una tubercolosi del lobo sup. D. in attività.

L'esame radiologico, chimico e endoscopico dimostrano che esiste una g. cronica mucosa.

D. Pietro, di a. 30. Entra in ospedale il 4-6-34. Esce il 20-6-34.

A 14 anni prima manifestazione tubercolare non grave curata con preparati di calcio, riposo, iperalimentazione. Ogni tanto, a periodi di 15-20 giorni il p. sente dolori all'epigastrio, anoressia, non vomito, impossibilità di fare un buon pasto senza sentire molesto senso di ripienezza all'epigastrio.

Obiettivamente e radiologicamente si accerta una lesione infiltrativa cronica sottoclaveare D.

Il sondaggio gastrico dà una leggera iperacidità.

L'esame radiologico mette in evidenza a piccolo riempimento i segni di una g. cronica.

Non fu eseguito l'esame gastroscopico per la difficoltà di eseguire l'oss. in questi soggetti senza pericolo dell'endoscopista.

Oltre questi due citati altri casi del genere sono capitati alla mia osservazione e che mi esimo dal riportare sapendo quanto il fatto sia frequente e noto a chiunque si occupi o di tisiologia o di gastroenterologia.

Qualche A. (Sabatini) fra le cause extragastriche della gastrite cronica cita la colite cronica corredando l'affermazione con due casi clinici. Questi soggetti, che si lamentano di turbe esclusivamente gastriche con scarse manifestazioni entero-colitiche (stitichezza alternata a diarrea con muco) non si dovrebbero più verosimilmente considerare malati di tutto il tubo gastro enterico anzichè come dei colitici con manifestazioni gastritiche?

Al tipo delle gastriti da infezione focale si devono riportare quei casi che sopravvengono in certi individui nel corso del reumatismo articolare cronico; le stesse *poussées* microbiche che sono capaci di determinare l'attacco di reumatismo, fanno risvegliare il processo gastritico fino allora silente. A meno che il soggetto non faccia cure saliciliche nel qual caso la gastrite potrebbe essere da cause esogene.

Circa i rapporti intercorrenti fra g. e malattie di fegato e delle vie biliari la questione non è ancora risolta. Può la gastrite seguire ad una colecistite cronica per reflusso duodenale di bile infetta continua: oppure può l'infezione della mucosa gastrica diffondersi al duodeno, risalire il coledoco e dare l'angiocolite (infezione ascendente); ma può ancora, terza ipotesi, l'infezione indovata nella cistifellea agire come focus da cui partirebbero dei germi capaci di produrre una g. per via della circolazione generale.

Un caso capitato alla mia osservazione merita a tale riguardo un cenno di menzione.

L. Giovanna, di a. 21, domestica.

Nulla vi è nell'anamnesi remota che si riferisca a disturbi gastrici. Malaria a 11 anni rapidamente guarita.

La p. 20 giorni fa si accorge di avere le sclere gialle; ha debolezza e qualche linea di febbre. Entra in ospedale il 21 febbraio.

Presenta il tipico quadro dell'ittero infettivo lieve con scarsa febbre, astenia, ittero della cute e delle sclere. Urine scure. Feci acoliche.

L'esame gastroscopico dimostra un'iperemia della mucosa gastrica in rapporto con l'antro, con scarso muco. Nulla a carico del fondo. L'arrossamento della mucosa diminuisce mano a mano che dall'antro si va verso il fondo.

In questo caso mi pare si possa ritenere per i dati obiettivi riferiti che la gastrite sia secondaria all'infezione delle vie biliari e per il quadro gastroscopico e per il fatto che l'ittero è venuto in un soggetto che non era mai stato sofferente di malattie di stomaco e che perciò non poteva avere una gastrite che si potesse diffondere alle vie biliari.

Un altro caso si riferisce invece ad un soggetto affetto da 4 anni di coliche epatiche a ripetizione (R. Angela, di a. 53) la quale all'esame gastroscopico dimostra i segni di una gastrite cronica erosiva dell'antro. In tale caso non è possibile accertare dove il processo si sia sviluppato primitivamente data la cronicità di esso.

La gastroscopia potrà darci gli elementi di giudizio in questa questione e si potrà confermare quanto ha visto in molti casi Hennig di gastriti che precedono angiocolecistiti.

Un ruolo importante si deve assegnare nel determinismo della g. alla lues. Non ho trovato nelle pubblicazioni consultate questo elemento etiologico messo nel dovuto rilievo eppure esso nella mia statistica è frequente e compare in 9 casi su 48 esaminati. La proporzione del 18 % è così grande che non mi pare si possa parlare di semplice coincidenza o associazione morbosa. Si deve invece, secondo me, ritenere che, o la lues determina una debolezza speciale dell'organo per cui più facilmente diventa esso preda delle infezioni oppure che sia proprio lo spirochetae o la tossina luetica ad aggredire lo stomaco e determinare la gastrite.

I referti endoscopici non mi hanno permesso ancora di mettere in evidenza peculiarità di colore o di forma o di comportamento della mucosa caratteristici della gastrite luetica. Mi mancano fin'oggi referti istologici di mucosa gastrica che mi permettono di risolvere il problema della natura di queste gastriti. L'unico elemento in mio possesso è il miglioramento di queste g. una volta che sono trattate con preparati antiluetici. Ma questo è un elemento troppo vago su cui non posso basare alcun quadro caratteristico di gastrite luetica. Sto occupandomi in modo particolare dell'argomento e spero di portare elementi differenziali che valgano a descrivere la gastrite luetica e a distinguerla dalle altre forme banali.

Per quanto riguarda tutte le altre cause della gastrite sia esogene e sia endogene non mi pare sia il caso di ripetere quanto è detto in tutte le pubblicazioni sull'argomento.

Dovrei affrontare il problema delle così dette dispepsie ipertoniche e di tutte quelle sindromi gastriche a sfondo nervoso, ma l'argomento sarebbe per la sua vastità tale da allontanarmi dall'argomento che mi sono proposto. Dirò solo che parecchi casi sono capitati alla mia osservazione in cui oltre al referto radiologico è stato negativo anche l'esame gastroscopico e l'esame clinico, perciò si può dedurre che questi soggetti non sono nè ulcerosi nè gastritici e nè ipercloridrici.

Non posso lasciare l'argomento della etiologia della gastrite senza accennare ad un caso capitato alla mia osservazione di un soggetto, R. Raniero, di a. 37, pastaio, il quale entra in ospedale il 24 giugno 1934 narrando una storia di vomiti specie mattutini da circa 1 anno con eliminazione di liquido chiaro, amaro. Non dolori dopo i pasti. Il disturbo si accentua se il p. beve molto. Quando entra in ospedale ha dolori addominali forti per cui stava per essere operato di addome acuto (perforazione gastrica). Il giorno dopo sta meglio: l'addome trattabile. A poco a poco il dolore scompare e il p. si rimette.

L'alito è acetonico. Acetonuria intensa.

L'esame radiologico mette in evidenza una ectasia e atonia gastrica con pliche irregolari e grossolane.

L'esame gastroscopico non fu fatto perchè il p. si rifiutò di sottoporsi a tale esame come pure al sondaggio gastrico.

È lecito però, partendo da questo caso, domandarci di che natura ed entità sono i disturbi gastrici da cui non infrequentemente sono colpiti diabetici in acidosi, disturbi gastrici che non arrivano quasi mai al vomito, e quale rapporto hanno questi con il vomito acetonemico dei bambini, e se non esistono disturbi organici dello stomaco da mettere in rapporto con l'eliminazione dell'acetone.

Naturalmente con questo che ho detto non pretendo di avere esaurito l'argomento della etiologia della gastrite cronica che è quanto mai vasto e per null'affatto completamente esplorato. Basterà citare la gastrite anafilattica, la gastrite consecutiva ad ustioni cutanee, quella che interviene dopo prolungate esposizioni ai raggi solari, la gastrite endocrina che si osserva nel Basedow, nel m. di Addison ecc., la gastrite che accompagna l'ulcera, il cancro, la gastrite uremica, quella che si associa alle varie forme di anemia per rendersi conto della vastità dell'argomento.

Quanto al sesso, dalla mia statistica risulta quanto è già noto, che cioè il sesso maschile è quello che è di gran lunga più colpito del femminile con una proporzione di 6 a 1. Questo triste privilegio degli uomini si deve rapportare alle abitudini non igieniche, alla lues, alle esposizioni ai raggi solari ecc., da cui gli uomini sfuggono meno difficilmente delle donne.

Circa l'età, quella più colpita è quella che va dai 25 ai 35 anni: poi la curva di frequenza discende da una parte e dall'altra: una piccola recrudescenza si verifica dopo i 50 anni forse per il sopravvenire di disturbi dentari (atrofia gastrica degli sdentati) e per altre ragioni che sfuggono all'analisi.

*Anatomia patologica.* — Argomento molto importante e molto dibattuto questo della anatomia patologica della gastrite che ha subìto alterne vicende in varie epoche. Descritta bene per prima dal Bichat che fornì gli argomenti al Broussais per il quadro clinico della gastrite cronica, venne poi negato da Hunter, Andral e Barras i quali scrissero e dimostrarono che la base anatomica su cui il Broussais aveva fondato l'edificio della gastrite era quanto mai fragile e che le alterazioni istologiche descritte erano dovute a fenomeni di autodigestione postmortale. Carswell fin dal 1818 potè dimostrare questo fatto sperimentalmente.

La chirurgia gastrica ha risuscitato l'argomento ed ha fornito elementi della massima importanza. La diffusione del metodo della resezione gastrica applicata su larga scala dalla maggioranza dei chirurghi col metodo della cura così detta radicale delle lesioni ulcerose gastro-duodenali ha permesso di avere in mano pezzi anatomici per così dire freschi e perciò privi di quelle alterazioni un tempo ritenute postmortali e che furono causa di errate interpretazioni. In tal modo si sono potute acquistare nozioni istologiche complete sull'estensione del processo, in superficie e in profondità, sulla sede prediletta della infiammazione e sul carattere di queste alterazioni. Così è ritornato in onore il vecchio concetto di Bichat già passato nel dimenticatoio.

Fondamentalmente le lesioni gastritiche possono essere: *a)* a carattere progressivo; *b)* a carattere regressivo. Nel primo caso si parla di gastrite ipertrofica e nell'altro si parla di gastrite atrofica.

Il processo infiammatorio può colpire lo stomaco con varia intensità e con varia estensione. Può essere colpita la mucosa, la sottomucosa, la muscolare fino alla sierosa; e a seconda della intensità ed estensione del processo la parete dello stomaco si può presentare sotto vari aspetti. Anche lo stato delle glandole gastriche ha notevole valore sull'aspetto che la mucosa e la parete gastrica presentano all'operazione e alla autopsia.

In genere nelle forme di gastriti più comuni la mucosa si presenta di colorito bianco-grigiastro o bruniccio per la presenza di pigmento sanguigno che deriva da emorragie pregresse: nella stasi il colorito è violaceo fino al bruno ardesiaco. La secrezione mucosa è aumentata talora in grado notevole fino a dare in certi casi sulla superficie della mucosa uno strato denso e vischioso.

Quando al processo partecipano le glandole gastriche allora l'organo può apparire anche notevolmente ispessito. In qualche caso le glandole prendono, per causa dell'infiammazione, uno sviluppo enorme e allora danno alla mucosa un aspetto come verrucoso che ha il suo corrispettivo nel quadro gastroscopico della gastrite verrucosa di cui parleremo in seguito.

In qualche caso la mucosa si presenta sollevata qua e là a grossi mammelloni: è quello che da Broussais si chiama *état mamelloné*: da alcuni AA. fu attribuito al raggrinzamento determinato dai liquidi fissatori: oggi invece la gastroscopia ha potuto accertare *in vivo* questo stato e attribuirlo allo stato infiammatorio. Stoerck pensa che lo stato mammellonato sia dovuto ad una ipertrofia della mucosa per compensare la diminuita secrezione di altre zone atrofiche. Konjetzny ha osservato in stomaci gastritici stato mammellonato nelle zone non invase dalle alterazioni infiammatorie caratteristiche.

Di due casi di gastrite verrucosa capitati alla mia osservazione, 1 è stato sottoposto ad intervento operativo per resezione: il pezzo asportato è stato esaminato dal prof. A. Nazari il quale ha confermato pienamente il reperto endoscopico e ha diagnosticato una gastrite cronica ipertrofica glandolare.

P. Agnese, di a. 40. La p. viene inviata al nostro reparto del Padiglione di medicina generale diretto dal prof. T. Lucherini.

La p. fu ricoverata in ospedale perchè presentava una sindrome dolorosa che faceva indirizzare la diagnosi verso un'ulcera duodenale.

L'esame radioscopico a piccolo riempimento dimostrava il tipico reperto della gastrite verrucosa (associazione del piccolo riempimento e insufflazione gastrica di Vallebona). L'esame a completo riempimento metteva in evidenza una deformazione del bulbo duodenale (ulcera?). Fu inviata in Riparto chirurgico per essere sottoposta ad operazione. Aperto l'addome (Egidi) non si riscontrò l'ulcera duodenale. Si sentì la mucosa gastrica ispessita, come scabrosa, edematosa: confermata la diagnosi di gastrite si praticò la resezione di un

lembo di stomaco per l'esame istologico che mise in evidenza la gastrite ipertrofica con ipertrofia cospicua delle glandole.

È stata, oltre queste forme descritte, osservata anche una gastrite cistica caratterizzata da piccole vescichette sparse sulla superficie gastrica a contenuto liquido mucoso e che sono dovute a occlusione del dutto glandolare infiammato e ritenzione di secreto nel lume glandolare stesso.

Circa la più frequente localizzazione del processo, tutti sono d'accordo nel ritenere che l'antro pilorico debba ritenersi quello su cui si impiantano con particolare frequenza le alterazioni. Tali alterazioni consistono in genere in proliferazioni più o meno cospicue del tessuto interstiziale, iperemia, dilatazioni vasali, talora stravasi sanguigni, accumuli di piccole cellule rotonde, plasmacellule. La submucosa è ispessita e aderisce alla mucosa soprastante. La muscolare è talora notevolmente ispessita e traversata da lunghi e robusti tralci di tessuto connettivo fibroso. In qualche caso la proliferazione di tutti i tessuti in un punto circoscritto è così vivace (e ad essa partecipano tutte le tuniche gastriche) che si formano degli ispessimenti così notevoli da dare, se in vicinanza dell'antro, dei fenomeni di stenosi pilorica come è capitato in un caso da me comunicato all'Accademia Lancisiana e che brevemente riporto.

S. Settimio, agricoltore, di a. 40, da Roma, modico bevitore, fumatore e mangiatore. Da 14 anni soffre a intervalli di dolori epigastrici dopo i pasti con pirosi, acidità, talora vomito. Tali disturbi sono andati accentuandosi finchè il p. si è deciso a ricoverare in ospedale. Quivi risulta negativo l'esame obiettivo generale all'infuori di una dolenzia spiccata colla palpazione dell'epigastrico.

L'esame chimico dà un'ipochilia notevole. L'esame radiologico mette in evidenza una lacuna antrale tipica di un epitelioma.

L'esame gastroscopico non fu eseguito per rifiuto del p. a sottomettersi a tale esame. Diagnosticato un epitelioma gastrico il p. viene inviato in Reparto chirurgico. Il prof. Egidi, fatta la laparotomia, conferma la diagnosi clinica ed esegue una resezione subtotale dello stomaco Il pezzo asportato aveva uno spessore di più di 1 c., di consistenza dura, di una durezza callosa. Non segni di infiammazione a tipo di periviscerite. Il pezzo resecato fu portato per l'esame al prof. Nazari il quale diagnosticò anatomo-patologicamente una « gastrite ipertrofica e glandolare » senza traccie di lesioni neoplastiche.

Il p. è stato bene dopo l'operazione ed è stato dimesso dop 15 g. L'ho rivisto dopo qualche mese e l'ho trovato in buona salute.

Casi del genere non sono molto rari. G. Jannerney ne ha pubblicato un caso affatto recentemente in un uomo di 40 anni: fu pensato al cancro sia ad addome chiuso che ad addome aperto e solo l'esame istologico permise la diagnosi di gastrite.

Su un altro caso riferì Ruscica all'Ac. Lancisiana di Roma in occasione della mia comunicazione. Diez nella *Prensa med. argentina* ne ha riunito 18 casi.

Circa la patogenesi di questi falsi carcinomi si sa che possono essere dovuti a bacilli della tubercolosi, o alla lues (gomme), o all'actinomicosi, o a germi comuni.

Accanto a queste forme di gastrite a tipo produttivo esiste la gastrite detta atrofica. Tale forma è molto più rara ad osservarsi che non la forma ipertrofica. Con una certa frequenza si riscontra nei vecchi come espressione di atrofia senile o nell'anemia perniciosa. La mucosa appare liscia, senza pieghe o con pieghe appena accentuate con una vascolarizzazione della sottomucosa apparentemente sviluppata che permette di vedere il reticolo vasale al gastroscopio. Questa evidenza del reticolo è invece dovuta all'estremo assottigliamento della mucosa. La gastrite atrofica rappresenta o uno stato primitivo oppure l'esito di un processo infiammatorio primitivamente ipertrofico con distruzione dell'elemento nobile, parenchimatoso fino all'atrofia.

Talora le due forme di gastrite, l'atrofica e l'ipertrofica, si associano in uno stesso soggetto come io ho avuto modo di vedere in un caso di cui ho riferito al Congresso di gastroenterologia di Milano (aprile 1934). Quando si ha un'associazione di zone atrofiche con zone ipertrofiche quale significato si deve dare al reperto? A me pare che le spiegazioni possano essere due: o le zone atrofiche rappresentano l'esito della distruzione infiammatoria della mucosa gastrica, infiammazione ancora in atto in certi punti (zone ipertrofiche), oppure le zone ipertrofiche non rappresentano che delle isole di parenchima in stato di iperfunzionamento vicariante che cercano di supplire alla deficiente funzione del resto dell'organo.

Una forma particolare di gastrite è quella flemmonosa. Sia dal punto di vista anatomico che clinico questa forma ha una fisionomia tutta speciale. È capitato un caso alla mia osservazione riferito alla Accademia Lancisiana e che riassumo qui brevemente.

C. Napoleone, vaccaro, di a. 45, coniugato, con 9 figli. Mai malattie di stomaco fino a 4-5 mesi fa quando cominciò ad avvertire dolori epigastrici ad insorgenza un'ora dopo il pasto, di durata varia, la sindrome dolorosa ha proseguito con alternative di miglioramento e di peggioramento.

Il 3-6-1934 improvvisamente i dolori si fanno tanto intensi che il p. è costretto a chiedere ricovero in ospedale. Qui si presenta in condizioni generali gravi, con polso piccolo frequente, con vomito insistente; addome teso, dolentissimo specie all'epigastrio.

Con diagnosi di addome acuto il p. viene sottoposto ad intervento laparatomico. Sulla faccia ant. dello stomaco, in corrispondenza del fondo si trovano delle false membrane difteroidi che nascondono una placca di infiltrazione gastrica della grandezza di un palmo di mano: al centro di detta placca una perforazione faceva comunicare la cavità gastrica con quella peritoneale. Di fronte a questo quadro il chirurgo (De Lollis) decide di eseguire l'affondamento della placca per interflessione nello stomaco con poca speranza di guarire il malato. E invece le cose volgono al meglio. A poco a poco il p. migliora e guarisce completamente, venendo dimesso dall'ospedale dopo appena un mese di degenza.

Il flemmone primitivo dello stomaco, cioè quello che rappresenta la localizzazione nello stomaco di un processo suppurativo a tipo settico-piemico (osteomielite, tifo ecc.) è piuttosto raro. Quello che invece si osserva non di rado è la complicazione di un'affezione già esistente nello stomaco (ulcera, cancro, lesione di corpo estraneo ingerito ecc.). I germi riscontrati con particolare frequenza sono gli streptococchi che possono penetrare dallo stomaco dalle sezioni superiori del tubo digerente (stomatiti, tonsilliti ecc.). Anatomopatologicamente si distingue un flemmone circoscritto da un flemmone diffuso. Il flemmone circoscritto è limitato da una placca di varia grandezza, dello spessore di 2-3 cm., di consistenza pastosa (edema). Talora tutto lo stomaco è preso arrestandosi il processo al cardias e al piloro. Nei casi gravissimi anche queste barriere sono superate e si va dalla gastrite alla gastro-esofagite o alla gastro-duodenite. In qualche caso rarissimo la suppurazione si è propagata in basso fino al retto. La sottomucosa è la sede principale della infiammazione da dove il processo si diffonde alla mucosa che assume un aspetto come cribroso oppure verso lo strato muscolare e poi sieroso fino alla peritonite circoscritta o diffusa. La perforazione è un'eventualità frequente.

*Sintomatologia e diagnostica.* — La gastrite è malattia di difficilissima diagnosi se si fa affidamento solamente sulla sintomatologia clinica. Troppi elementi vi sono in comune fra la gastrite e le varie affezioni addominali, ulcera gastro-duodenale, dispepsia, epatite, pancreatite, colecistite, appendicite cronica, ecc., perchè si possa comunque fissare un quadro della gastrite che, fondandosi sui rilievi clinici, possa prescindere da due esami complementari della massima importanza e cioè la gastroscopia e la radiologia. Questi due elementi sono indispensabili e di primo piano.

*La gastroscopia.* — La gastroscopia che era rimasta un po' indietro fra le altre branche endoscopiche per la mancanza, io credo, di uno strumento che rendesse l'operazione meno traumatizzante e permettesse di evitare lesioni di stomaco, oggi è per fare dei progressi notevoli. Grazie alla tenacia di Schindler e G. Wolf oggi possediamo un gastroscopio flessibile che ci permette la esplorazione di quasi tutto lo stomaco fino al piloro. Questo strumento non può mancare in un reparto bene organizzato di gastro-enterologia. La tecnica della gastroscopia è difficile in un primo tempo: poi diventa semplice e può essere eseguita correntemente.

Nel nostro reparto specializzato io ho eseguito finora più di 150 gastroscopie, con risultati veramente soddisfacenti. Se la manovra richiede perizia l'interpretazione delle immagini risulta difficile finchè non si è acquistata una buona pratica. In tal senso si può dire che l'endoscopia gastrica è più difficile della radiologia. (Per maggiori dettagli v. Bonadies, *Forze Sanitarie*, 16 giugno 1934).

La mucosa gastrica normale è liscia, brillante per deposito di un sottile strato mucoso, di colorito arancione, a superficie ondulata. Non sono visibili le ramificazioni vascolari.

Nei processi gastritici cronici la mucosa gastrica assume un colore rosso tendente al carminio, di aspetto come macchiato, irregolare, con capillari talora turgidi ed evidenti: in qualche raro caso sono dilatati fino al punto da dare delle piccole emorragie (gastrite emorragica). La mucosa perde la sua lucentezza caratteristica e assume un aspetto opaco. Quando il processo dura da più lungo tempo la mucosa prende un aspetto grigiastro o brunastro e talora addirittura gelatinoso con muco torbido, verdastro aderente alla mucosa gastrica in blocchi più o meno grossi. In tutte le forme di gastriti sia acute che croniche una caratteristica della mucosa gastrica è la grande fragilità: appena toccata dalla punta del gastroscopio sanguina e talora si ulcera.

Le pieghe della mucosa che nel soggetto normale sono visibili sulla parete posteriore con disposizione varia da individuo a individuo nella gastrite assumono un aspetto più grossolano, si fanno più rigidi e non estensibili con l'insufflazione di aria durante la gastroscopia.

L'insufflazione di aria che in uno stomaco normale si può compiere senza fastidio, è poco sopportata invece dallo stomaco gastritico: an-

che questo è un criterio diagnostico importante.

Gastroscopicamente abbiamo varie forme di gastriti che rappresentano in fondo tanti gradi di infiammazione.

La forma meno grave è la gastrite mucosa caratterizzata da un opacamento della mucosa normale e dal depositarsi sulle pareti di blocchi di muco più o meno grossi, opaco, verdastro, verde grigiastro o grigio bluastro. L'aspetto del muco è tale perchè è associato ad estesa desquamazione epiteliale e depositi fibrinosi. Questi blocchi di muco il più delle volte sono aderenti alla mucosa e si lasciano spostare difficilmente differenziandosi così dal muco deglutito che nuota liberamente nella cavità gastrica ed è commisto a piccole bollicine d'aria.

La zona dell'antro pilorico è quella più interessata del processo.

Nella gastrite mucosa le emorragie sono rare a verificarsi.

Nella gastrite ipertrofica la mucosa assume un aspetto rosso fosco caratteristico, perde la lucentezza normale, ha pieghe più grosse, rigide, resistenti alla insufflazione di aria, tortuose. Il muco in questa forma di gastrite è meno abbondante pur potendo essere presente qua e là con caratteri della gastrite mucosa. Le emorragie sottomucose sono frequenti a riscontrarsi in questa forma: esse assumono l'aspetto come di tante fiammelle rosse disseminate qua e là.

La gastrite verrucosa si riconosce molto bene al gastroscopio. Sul fondo rosso della mucosa gastritica si vedono dei rilievi rotondi o ovulari di grandezza varia da una testa di spillo fino a un grano di frumento, disposti qua e là sulla mucosa senza un ordine prestabilito, qui addossati, là distanziati uno dall'altro. Questi rilievi che danno la caratteristica alla forma della gastrite si possono trovare sull'antro o sul fondo, più spesso sulla parete posteriore che non sull'anteriore. Nei casi iniziali questi rilievi si riscontrano isolati specialmente nelle valli. Talora sono colpite le creste, i pendii, le valli. Da questa forma per gradi più avanzati si passa addirittura a quella che si chiama *état mammelloné*.

Quando i rilievi verrucosi si allungano e si ingrandiscono si passa alla gastrite poliposa in cui si osservano delle formazioni di forma sferica a base più o meno larga: questa ultima forma però è piuttosto rara. Spesso le verruche hanno un apice rosso scodellare e una base di colore grigio giallastro: il colore dell'apice è dato da una piccola erosione.

La gastrite atrofica si distingue in una forma a focolaio e in una forma diffusa. Le zone atrofiche sono rotondeggianti, pallide, con reticolo vasale evidente: talora è possibile scorgere che queste isolette pallide sono situate ad un livello inferiore. Il resto della mucosa ha aspetto rosso vivo. La gastrite atrofica totale è piuttosto rara e si osserva nei casi di anemia ipercromica grave (Hennig) nonchè nei casi di carcinomi gastrici. Il colore è pallido, bianco-grigiastro, le pieghe appianate appena visibili, la mucosa liscia o finemente granulosa. Sono visibili i vasi sanguigni come nella retina coll'oftalmoscopio. Anche in questa forma di gastrite atrofica la regione antrale è la più colpita dal processo. L'evidenza dei vasi sanguigni non è un segno sicuro di atrofia della mucosa giacchè, a parte l'insufflazione, un certo grado di visibilità dei vasi esiste sempre per il riempimento maggiore e per la distensione del sacco gastrico che rende trasparenti i vasi stessi. Anche la mucosa atrofica, come l'ipertrofica, sanguina facilmente al minimo contatto.

Quando in una mucosa, per lo più ipertrofica, si hanno delle perdite di sostanze superficiali allora si determina una erosione che dà il nome alla gastrite: g. erosiva. È questo il primo passo verso l'ulcera gastrica? Per Kenjetzny sì. Per molti altri AA. no. Il problema è di notevole difficoltà e forse potrà essere risolto quando col gastroscopio si potranno seguire queste erosioni dal momento in cui si sono formate fino al momento che diventano le vere ulceri gastriche.

*La radiologia.* — Nessun contributo ha potuto offrire la radiologia fino a qualche anno fa allo studio della gastrite. La scoperta dell'esplorazione dello stomaco a piccolo riempimento ha colmato la lacuna. Gutzeit con lo studio comparativo radiologico e gastroscopico ha portato un notevole contributo alla chiarificazione del problema. Meritano di essere menzionati anche Berg e collaboratori per avere introdotto la seriografia dello stomaco come già si faceva prima per il duodeno. Ulteriori perfezionamenti hanno portato Chaoul, Albrecht, Dyes ed altri.

L'esame deve essere praticato a stomaco completamente vuoto (digiuno da 10 ore prima dell'esame). Proibizione di fumare per evitare secrezione gastrica. Se vi è ristagno è conveniente praticare un lavaggio preventivo, allontanando così tutti i residui liquidi. Ciò fatto si fa ingerire al malato la soluzione di contrasto. La sospensione di gr. 200-300 di bario in 400 d'acqua, passata a setaccio per allontanare i grossi grumi è la migliore: qualche A. usa il diossido di torio colloidale che precipita nella mucosa. Quando il liquido è

stato introdotto il malato viene mosso in tutte le direzioni per permettere al liquido di spalmarsi su tutta la superficie. Il malato va esaminato in tutte le posizioni: eretta, in orizzontale, obliqua, a bacino sollevato, a bacino basso con spalle rialzate: in ognuna di queste posizioni si fa un film antero-posteriore e uno obliquo e se occorre anche in altre posizioni. Colla compressione dosata si determina una distribuzione uniforme del mezzo di contrasto e con manovre palpatorie si permette una distribuzione uniforme in tutte le pieghe mucose. Le condizioni migliori si hanno quando solo gli spazi fra le pieghe, cioè le valli, sono riempite.

Dopo studiato lo stomaco a piccolo riempimento si passa allo studio col riempimento completo.

Allo stato normale a piccolo riempimento si mettono in evidenza alcune pieghe, dette fondamentali che segnano la piccola curvatura gastrica fino al piloro: una o due pieghe in corrispondenza della piccola curva abbandonano la loro direzione primitiva e, decorrendo sulla faccia ant. si portano alla grande curvatura. Altre pieghe centrali si formano in corrispondenza dell'angolo e arrivano fino al piloro. Questa distribuzione così schematica è varia nei vari individui pur mantenendo fondamentalmente la stessa fisionomia.

Nello stomaco ad uncino le pieghe fondamentali che decorrono sulla parete posteriore sono in numero di 4-7 e sfumano insensibilmente verso il fondo, sono di dimensioni di circa 5 mm.: talora vi è una confluenza delle pieghe vicine. La regione cardiale e sottocardiale presenta un aspetto più vario, spesso reticolato.

Quando le pieghe della grande curvatura sono molto tortuose e sopratutto se sono molto accentuate e se si intersecano con pieghe della parete ant. (che sono eccezionali) formano una caratteristica dentatura della grande curvatura a riempimento completo.

Le pieghe della parete ant. sono poco accentuate e col riempimento si spianano, cosa che non si verifica per le altre e che possono considerarsi formazioni anatomiche che servono ad incanalare il chimo.

Con compressione graduale e scarso riempimento si possono mettere in evidenza anche le pieghe della parete anteriore. Da notare che col gastroscopio non si vedono quasi mai pieghe della parete anteriore. Le pieghe sono bene evidenti nella parete posteriore con distribuzione varia che non è possibile descrivere.

L'antro che al gastroscopio non presenta pieghe, al radiologo fa vedere delle pliche orizzontali che decorrono nelle due pareti ant. e post., e finiscono all'antro in forma come raggiata. Talora l'antro non dimostra pieghe oppure le pieghe sono molto superficiali, sottili, longitudinali, e visibili solo al passaggio dell'onda peristaltica. Talora si possono osservare anche in fase di riposo delle pieghe trasversali parallele con aspetto di pettine o di spina di pesce.

La variabilità del disegno dell'antro è espressione di un'attività delle *muscularis mucosae* come vuole Forsell, oppure come qualcosa di preformato tenuto conto che anche gastroscopicamente il muco si dispone a strie raggiate? Si tende a ritenere oggi che la disposizione delle strie dell'antro è in rapporto con la forma dello stomaco. Nello stomaco a corno di bue le pliche del corpo si continuano con quelle del bulbo; le pliche longitudinali che decorrono lungo la piccola curva si continuano fino all'apice del bulbo duodenale.

Nello stomaco a sifone le pliche della parete posteriore sono irregolari: si vede inoltre una piega che parte dalla piccola curva e va verso la grande a livello dello sfintere antrale. Sull'antro non vi è disposizione costante delle pieghe.

La forma e le dimensioni delle pliche è quanto mai varia essendo soggette a fattori meccanici varî. La compressione appiattisce e allarga le pieghe e talora le fa addirittura scomparire. Con le manovre palpatorie le pliche di uno stomaco sano si deformano e scompaiono addirittura comportandosi come al gastroscopio dopo insufflazione.

Se questi sono i criteri radiologici della mucosa sana qual'è l'aspetto di essa nelle gastrite? Si deve ricorrere in questi casi a criteri indiretti quali l'aumento del tono muscolare, l'aumento della peristalsi antrale con onde profonde, lo svuotamento rapido e una dentellatura mobile della grande curvatura con dolorabilità diffusa e piccolo bulbo duodenale. La stessa sintomatologia si può avere anche nelle dispepsie dette altrimenti anche nevrosi gastriche.

Bassler dà molta importanza alla dentellatura nella parete distale della grande curvatura: Eastmond dà importanza alla rigidità dell'antro per cui manca l'aspetto rotondeggiante: Gudzeit richiama l'attenzione sulla dilatazione sacciforme del seno e alla dilatazione antrale sopratutto quando manca una stenosi pilorica. Alla dilatazione partecipa anche il bulbo duodenale che presenta delle pliche più grossolane.

Fra i segni diretti dovrà darsi importanza

alla maggiore ampiezza delle pliche, ad una minore deformabilità di esse sia con la palpazione e sia con la insufflazione, all'aspetto tortuoso delle pliche stesse. L'aumento delle pieghe che viene interpretato come segno di gastrite ipertrofica è dovuto all'abnorme contrazione delle *muscularis mucosae* e non all'ispessimento della mucosa o delle sue verruche: e che così sia è dimostrato dal fatto che talora si nota discordanza fra esame gastroscopico e quello radiologico: difatti in qualche caso di achilia per atrofia della mucosa io ho visto pliche gastriche di volume molto grande.

Alcuni radiologi dicono che è possibile mettere in evidenza radiologicamente persino le verruche della gastrite verrucosa: a me ciò non è riuscito mai in modo dimostrativo. In un caso studiato col prof. Attilj usando il metodo del piccolo riempimento associato all'insufflazione come fa il Vallebona, sono riuscito a mettere in evidenza un aspetto particolare della mucosa gastrica con molte piccole lacune risiformi o miliariformi molto dimostrative. Su questi particolari metodi di indagine comparativi gastroscopici e radiologici sto compiendo delle ricerche col prof. Attilj che saranno oggetto di una prossima pubblicazione.

Il muco e l'aria dello stomaco nonchè i residui alimentari possono in qualche caso rappresentare delle cause di errore: esse forniscono delle imagini di masse granulari che però si spostano colle manovre palpatorie. Il gas che talora determina l'aspetto granuloso è quello che si mescola al pasto nelle manovre palpatorie: l'aria nello stomaco può derivare anche dal duodeno.

Un occhio esercitato radiologicamente può riuscire a scoprire anche una gastrite poliposa per le immagini particolari che determinano queste escrescenze endogastriche di dimensioni e forma varie. Se alla radiologia si associa la gastroscopia che permette la visione piena e completa della mucosa la diagnosi di gastrite poliposa si può fare con sicurezza.

Per quel che si riferisce al quadro radiologico della gastrite atrofica si deve ritenere che oggi i segni che possiamo mettere in evidenza discordano con quelli endoscopici. Così per es. possiamo vedere delle pieghe anche accentuate radiologicamente mentre al gastroscopio la mucosa appare piana e atrofica. Quando le pieghe sono fini e sottili possono essere accettate come indizio di gastrite atrofica.

In conclusione possiamo dire che il contributo radiologico allo studio della gastrite è certamente notevole ma deve essere inquadrato con altri segni per non essere fallace.

*Chimismo gastrico.* — Questo esame che un tempo, senza gastroscopia nè radiologia, aveva la massima importanza ha perduto oggi parte del suo valore: tuttavia non è stato trascurato nello studio dei nostri casi. Abbiamo usato il sondaggio frazionato a digiuno previa stimolazione con varie sostanze (istamina, brodo, estratti vegetali, acqua, alcool, ecc.). Su questi risultati riferirà il nostro assistente dott. Arullani. In complesso si può dire che i risultati ottenuti nei casi di gastrite non autorizzano alcuna conclusione. Nelle gastriti a tipo atrofico si è avuto achilia vera. Anche in due casi di gastrite verrucosa si è riscontrato achilia vera. Negli altri casi il risultato è stato vario: non molto numerosi i casi con iperacidità e ipersecrezione: discreto il numero delle ipochilie e normochilie. Che si può dedurre da questo? Nel campo delle gastriti a me pare si possa dire che il risultato dell'acidità è quello derivato dalla somma delle zone in funzione: quando tali zone sono numerose e di estensione discreta l'acidità può essere anche aumentata dato lo stimolo abnorme: quando tali zone sono scarse l'acidità sarà più o meno ridotta. Un vantaggio potrebbe derivare dallo studio delle zone funzionanti a mezzo del gastroscopio sulla guida della eliminazione del rosso congo. Tale argomento è allo studio e non mi permette di dire nulla.

In possesso dei dati radiologici, endoscopici e chimici quali altri dati abbiamo che possono aver valore nella diagnostica della gastrite?

Un'anamnesi bene accurata che mette in evidenza le abitudini del soggetto con particolare riguardo alla sua alimentazione, le malattie pregresse infettive e non infettive, quelle svoltesi nell'ambito addominale (appendicite, colite, colecistite ecc.) possono portare contributi talora preziosi per un primo orientamento. Segue poi l'interrogatorio del p. circa i disturbi soggettivi. Questa parte ha importanza grande nel campo della patologia gastro-intestinale e in quello della gastrite in ispecie. Il malato ci racconta la sua storia di dolori gastrici talora periodici, talora continui, ad insorgenza prima o dopo i pasti, ad esacerbazioni in seguito a pasti cospicui e grossolani. Come si dovrà interpretare il dolore nella gastrite e quale valore dobbiamo assegnargli? Ecco un problema importante. Fino a qualche anno fa vigeva in clinica il vecchio concetto del Movniham per cui il dolore da fame e la periodicità del dolore auto-

rizzavano la diagnosi di ulcera duodenale. Oggi invece questo concetto se in molti casi è vero per l'ulcera lo è anche per la gastrite. In molti dei soggetti che ho esaminato l'ho trovato presente e perciò gli assegno molta importanza. Quando l'esame radiologico non dimostra la nicchia tipica se il p. accusa dolore periodico a tipo di *hunger-pein* si può far con probabilità la diagnosi di gastrite. Anche il dolore provocato con la palpazione dell'epigastrio ha valore. In molti casi non è un vero dolore ma il p. accusa solo un senso di peso epigastrico continuo con esacerbazioni postprandiali; non mancano vertigini, disappetenza, nausea, alito fetido, alternative di stipsi e diarrea.

Un segno a cui è stato assegnato importanza dagli AA. e che io ho potuto controllare nei miei casi è il segno del bicarbonato di sodio, cioè l'aumento del dolore dopo ingestione di bicarbonato di sodio e anche dopo insufflazione di aria nello stomaco col gastroscopio: è evidente che il dolore viene determinato o esacerbato dal gas che tende le pareti dell'organo.

Anche l'emorragia può essere segno di gastrite.

Un tempo emorragia e ulcera erano sinonimi. Oggi si è visto che l'emorragia deriva anche dalla gastrite: gastrite emorragica. Questa entità clinica ha assunto molta importanza specialmente dacchè è stato visto qualche caso di emorragia capitato al tavolo operatorio o addirittura all'autopsia e in cui l'ulcera non è stata trovata. Secondo recenti interpretazioni queste emorragie si produrrebbero come quelle che talora si vedono sul retto per una specie di essudazione sanguigr della mucosa sotto l'influenza di una vasodilatazione intensa (P. Harvies, E. Maison).

CONCLUDENDO si può dire che la gastrite un'entità clinica molto più frequente di quello che i medici non credano, che la sua individualità clinica risulta ormai bene inquadrata fra solide basi anatomo-patologiche e sintomatologiche e che la sua diagnosi risulta possibile una volta che si tenga conto di tutti i dati oggettivi e soggettivi presentati dal paziente.

Indagini indispensabili si devono ritenere e la radiologia col sistema del piccolo riempimento e la gastroscopia col gastroscopio flessibile.

## RIASSUNTO.

L'A. in base a una numerosa casistica clinica passa in rassegna i criteri diagnostici della gastrite cronica soffermandosi in modo particolare sui dati endoscopici e radiologici.

## BIBLIOGRAFIA.

P. ALESSANDRINI. *Vedute attuali in tema di gastrite cronica.* Policlinico, Sez. Pratica, 1934.

A. CIMINATA. *La gastrite cronica primitiva.* Gazzetta Sanitaria, febbraio 1934.

G. OSELLADORE. *Contributo allo studio della linite plastica dello stamoco.* Arch. it. Mal. App. digerente, agosto 1933.

P. ALESSANDRINI. *Alcuni aspetti del problema della colite cronica ulcerosa.* Riv. Ospedaliera, 1934.

BLEFARI MELAZZI. *Su due casi di polipo gastrico.* Policlinico, Sez: Pratica, maggio 1934.

FERRANNINI L. *Nn caso di gastrite luetica ulcerato.* Policlinico, Sez. Pratica, febbraio 1934.

A. CIMINATA. *Rapporti fra gastrite cronica e stenosi pilorica.* Min. Med., vol. I, 1933.

ID. Ibid. *Arch. di Fisiologia*, vol. 23, a. 1925.

TRINCHERA C. Archivio It. di Chirurgia, 1929.

G. JEANNENEY. *I falsi carcinomi dello stomaco.* Gaz. hebd. des sc. med. de Bordeaux, 1934.

DIEZ E. *Su 18 casi di falso carcinoma dello stomaco.* Prensa Med., Argentina, 1931.

U. RONDELLI. *Sulla sifilide gastrica.* Min. Med. Ibid.

N. SABATINI. *Su le gastr. e le loro diagnosi.* Arch. It. Mal. app. dig., vol. I, 1932, p. 320.

HAENNIG. Deutsch. med. Woch., 1929.

HOLWEY W. H. Munch. Med. Woch., 1926.

HURST A. The Lancet, nov. 1929.

KONJETZNY G. E. Zentral. J. inn. med., Bd. 57.

ALLODI. Min. Med., 1928, 1934. Giorn. Med. Alto Adige, vol. II, fasc. III.

A. BONADIES. *L'endoscopia nella diagnostica delle malattie dell'app. digerente.* Le forze sanit. giugno 1934.

ID. *Reperto endoscopicò nelle achilie.* Atti del I Congresso it. di malattie dell'app. dig. aprile 1934.

ID. *Reperti endoscopici nella gastrite cronica.* Atti dell'Acc. Med. di Roma, 1934.

ID. *Risultati desunli da 100 gastropatie* in Atti dell'Acc. Lancisiana, maggio 1934.

ID. *Sopra un caso di gastrite neoplessiforme del piloro.* Atti dell'Acc. Lancisiana di Roma, 1934.

ID. *Su un caso di gastrite flemmonosa,* in Atti dell'Acc. Lancisiana in Roma, giugno 1934.

P. GIRARDI. *Diagnostica clinica della funzionalità gastrica* in Min. Med. 1932.

# OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI BOZZOLO (MANTOVA)

## Manovre abortive in un caso di gravidanza doppia intra ed extra uterina contemporanea.

Dott. F. MAGNANI, chirurgo direttore.

Ho ritenuto opportuno comunicare un caso di gravidanza doppia intra ed extra uterina occorso recentemente alla mia osservazione, sembrandomi che esso presenti un qualche interesse, non tanto per la relativa rarità del reperto, quanto per le circostanze insolite che accompagnarono il caso stesso, rendendo indaginosa la interpretazione della sintomatologia da esso presentata ed ostacolando una diagnosi completa.

Del resto la diagnosi di gravidanza intra ed extra uterina contemporanea solo raramente era potuto essere posta prima dell'intervento. Due casi del genere descrive il Revoltella in un suo interessante lavoro del 1932, nel quale raccoglie circa trecento casi apparsi sull'argomento nella letteratura mondiale. Ritiene però giustamente l'autore che il numero reale di tale concomitanza sia notevolmente superiore. È a credersi infatti che molti casi passino inosservati per gli stessi motivi per cui sfuggono alla statistica parecchi casi di gravidanza extra uterina; sono casi nei quali il decorso clinico non fu molto allarmante, per modo che le pazienti non attribuirono la dovuta importanza ai sintomi da esse presentati, o in cui il medico nell'assenza di un tipico reperto di esame, ritenne trattarsi di altra affezione complicante la gravidanza uterina sicuramente riconosciuta.

Documentano ciò gli esiti sicuri di gravidanza ectopica che furono riscontrati da vari Autori quale reperto accidentale nel corso di un intervento laparatomico intrapreso per altra ragione. Così nelle numerose osservazioni riportate ed illustrate è tutta una serie interessantissima di casi clinici coi più disparati errori diagnostici, che permettono di concludere come la possibilità diagnostica di gravidanza intra ed extra uterina contemporanea sia assai scarsa.

A rendere più oscura una diagnosi completa nel caso che mi accingo a descrivere, è da mettersi la circostanza che la paziente tendeva ad ingannare il medico, tacendo ad esso alcune notizie anamnestiche, riferendone altre in modo reticente ed incompleto, cosicchè l'anamnesi completa potè essere raccolta solamente in tre tempi, ed i dati più interessanti si poterono raccogliere solo quando l'ammalata cominciò a star bene.

Il giorno 5 febbraio vengo chiamato d'urgenza presso certa R. Rosetta da Bozzolo, la quale era stata colta da intensi dolori al quadrante inferiore sinistro dell'addome, accompagnati da nausea e vomito.

Trovo una donna di 30 anni, pluripara, in cui l'ultimo parto risale al 1929. Essa riferisce che era sempre stata regolarmente mestruata, ma che dall'ottobre precedente i mestrui si erano fatti irregolari. Da circa 20 giorni aveva perdite di sangue, a volte di colorito scuro, a volte rutilante, commisto a coaguli, ed accompagnato da dolori lombari ed ipogastrici. Il giorno precedente, dopo una breve passeggiata, essa aveva accusato un dolore improvviso al quadrante inferiore sinistro dell'addome, che era scomparso dopo breve ora. Messasi a letto, il dolore ricomparve nella notte coi caratteri dianzi accennati. Alla domanda se avesse avuto il dubbio di essere gravida la donna risponde negativamente.

All'esame obbiettivo si nota modico pallore della cute e mucose visibili, polso frequente, piuttosto molle, ritmico.

Addome piano, dolente alla palpazione in modo diffuso, mentre non vi sono punti in cui la dolorabilità sia più intensa; la pressione, seguita dal rapido sollevamento della mano, suscita dolore più forte.

Area di ottusità epatica e splenica conservate. Dai genitali perdita, in discreta quantità, di sangue scuro non piceo. Al riscontro vaginale, si trova l'utero ingrandito e rammollato come in una gravidanza al 3° mese, dolente; dolenti anche i parametri, specie il sinistro.

La contrazione dei muscoli addominali, il dolore, le condizioni poco favorevoli in cui si può praticare l'esplorazione al domicilio dell'ammalata, non consentono rilievi più precisi. Ci si orienta sulla diagnosi di aborto in atto con risentimento peritoneale, di cui non ci riesce chiara l'origine. Si ordinano ghiaccio sul ventre, iniezioni eccitanti, e, dato che le perdite non sono intense, si decide l'attesa, sorvegliando la donna.

Dopo circa quattro ore le condizioni dell'ammalata appaiono migliorate: aspetto normale, polso valido, di frequenza normale, mentre le perdite dai genitali sono molto diminuite.

L'addome è trattabile, ed all'infuori di una leggera dolorabilità diffusa, nulla lascia rilevare di particolarmente notevole.

La mattina seguente l'ammalata è colta da un dolore più intenso, localizzato al quadrante inferiore sinistro dell'addome, mentre si ripete il vomito; la perdita dai genitali si fa più abbondante con fuoriuscita di sangue scuro commisto a coaguli. Pallore accentuato, polso frequente, molle, temperatura 36,4. Durante la seconda visita l'ammalata confessa che il giorno otto, cioè due giorni prima, si era introdotta nell'utero una candeletta, allo scopo « essa diceva » di accelerare l'efflusso di sangue, dato che avvertiva senso di peso all'ipogastrio!

Fatta ricoverare d'urgenza l'ammalata in Ospedale, si procede ad un attento esame del collo uterino e dei fornici vaginali, sospettandosi una lesione prodotta dal corpo estraneo: e non si riscontrarono che due abrasioni sul muso di tinca,

a destra dell'orificio esterno. Così, il sondaggio dell'utero, sembra escludere una perforazione. Si procede allora ad una cautissima revisione della cavità uterina, resa possibile da una sufficente dilatazione del collo; con le pinze ad anelli si estraggono grossi ed abbondanti lembi di tessuto, che all'esame macroscopico non lasciano dubbio sulla loro natura di residui ovulari. Drenaggio utero-vaginale, vescica di ghiaccio, ipodermoclisi.

Per quanto l'ammalata avverta un miglioramento soggettivo, obbiettivamente le sue condizioni vanno progressivamente peggiorando, così da imporre il convincimento che oltre all'aborto, altra causa esista a render ragione dello stato dell'ammalata.

Infatti, dopo un paio di ore, il pallore è aumentato, il polso si è fatto frequentissimo e appena percettibile, la temperatura è scesa a 36°, e l'addome, pur dimostrando una diminuita dolorabilità, si è fatto tumido, e mostra i segni di un versamento libero in cavità.

Resi tranquilli dal reperto degli esami fatti circa l'esistenza di una perforazione dell'utero, si ritiene trattarsi di una gravidanza ectopica, e si interviene d'urgenza:

Laparotomia mediana bellico-pubica in narcosi eterea leggera. Aperto l'addome, si presenta il quadro classico dell'inondazione peritoneale. Rimossi rapidamente i grossi coaguli occupanti lo scavo pelvico, si trova la tromba di sinistra ingrossata, ispessita, di colorito rosso-bluastro, che presenta una lacerazione di circa quattro centimetri nella sua porzione istmica. Resecata la tuba fra doppia serie di lacci, si procede a rapida toiletta peritoneale, ed alla chiusura a strati delle pareti.

Nel corso dell'operazione si nota l'assenza di esiti di fatti flogistici pelvici. L'ovaio sinistro è più grosso che di norma, e gli annessi di destra, osservati rapidamente, nulla sembrano presentare di anormale.

Decorso post-operatorio regolare nei primi giorni, con ripresa rapida delle condizioni di sanguificazione. In dodicesima giornata compaiono i segni di una pleurite destra, che volge rapidamente a guarigione. L'ammalata lascia l'ospedale in 21ª giornata.

Solamente quando la donna fu in convalescenza, si riuscì ad ottenere da essa più precise e più sincere notizie anamnestiche. Si venne così a sapere che fin dall'ottobre, cioè cinque mesi prima, hanno avuto inizio lievi dolori al quadrante inferiore sinistro dell'addome, e le mestruazioni, pur ricorrendo col ciclo consueto, si erano fatte di breve durata, con emissione di sangue scuro, e a volte decisamente nerastro; nel dicembre, tre mesi prima dei fenomeni catastrofici, la mestruazione accennò appena; nel gennaio, il mestruo comparve puntualmente, pure essendo di scarsa durata, il sangue emesso fu più abbondante del consueto; dopo due giorni la perdita riprese, assumendo un colore scuro, con qualche piccolo coagulo. Intanto persisteva, con esacerbazioni irregolari, il dolore al quadrante inferiore di sinistra dell'addome, irradiandosi anche verso il fianco sin. e l'ammalata, pur avendo l'intenzione di farsi visitare, attribuiva tali dolori a coliche renali che aveva in antecedenza sofferto, con emissione anche di un calcolo. Le perdite sanguigne perdurarono lievi per tutto il mese, prolungandosi anche nel febbraio successivo. Il giorno 5 febbraio, data della ricorrenza mensile, esse si fecero più abbondanti. E pochi giorni dopo si introdusse la candeletta; questa era di vetro, montata sopra un supporto di gomma.

Se si fossero potute conoscere prima le notizie ora riportate, forse queste, messe in rapporto con i reperti obbiettivi, avrebbero potuto guidare subito al sospetto di una associazione tra gravidanza uterina e gravidanza extra uterina, per quanto tale diagnosi risulti sempre sommamente difficile. Vero è che il dolore al quadrante inferiore sinistro dell'addome, e le condizioni generali dell'ammalata, dovevano far sorgere il dubbio di gravidanza ectopica; ma il reperto obbiettivo uterino prima, e la conoscenza delle manovre con la candeletta dopo, hanno sviato la diagnosi, rendendola incompleta. Solamente il decorso ulteriore mi fece convinto che l'aborto non poteva da solo dar ragione dei fatti sia generali che peritoneali, laddove, aggravandosi le condizioni dell'ammalata, il concetto di gravidanza extra uterina contemporanea, evenienza sia pur rara, e non mai personalmente osservata, si impose come probabilissimo, e nell'accingersi all'intervento laparotomico, si aveva la certezza di non recare altro danno alle precarie condizioni dell'ammalata.

Come venne riferito, l'esame praticato sull'utero per la ricerca di eventuali lesioni, ha permesso di portare all'esterno un abbondante tessuto avente tutti i caratteri degli annessi ovulari al completo, e non di una semplice caduca. Malauguratamente, date le circostanze del momento, non si è pensato di raccogliere il materiale per un esame istologico, e perciò non è possibile dare la dimostrazione documentata, inoppugnabile, della gravidanza uterina. D'altra parte, la tromba rotta, con conseguente imponente inondazione peritoneale, aveva tutti i caratteri della gravidanza extra uterina e non dell'ematosalpinge, anche se la deplorevole omissione dell'esame istologico, e la mancata ricerca dell'embrione nella massa dei coaguli, impediscono di darne l'assoluta dimostrazione

Ma sia nei riguardi del contenuto uterino, che della tromba, i caratteri macroscopici — ripetiamo — erano tali da non ammettere dubbi sulla contemporanea esistenza di una gravidanza uterina e di una gravidanza extra uterina.

Quanto alla rottura della tromba gravida, essa può essere stata provocata dalla manovra con la candeletta, essendo noti i diversi casi di tale evenienza in seguito a pratiche abortive.

Nella fatti specie, il caso sarebbe interessante a studiarsi da un punto di vista medico-legale: escluso l'intervento criminoso di terzi, e non essendo attendibile che la paziente si fosse

applicata la candeletta allo scopo pretestato di accelerare l'efflusso di sangue, e diminuire così il dolore, a noi sembra che non si possa escludere l'imputabilità della donna sulla generica, in quanto la coesistenza delle due gravidanze, intra ed extra uterina, non significa che entrambe siano fatalmente destinate ad interrompersi. Infatti dalle statistiche raccolte dallo Stein sui casi del genere, risulta che la mortalità dei feti a sviluppo extra uterino è del 96 %, e quella dei feti a sviluppo endo uterino è del 61 %. E pertanto, mentre la vita dell'embrione sviluppatosi nella tromba è da giudicarsi precaria e non valutabile agli effetti legali, lo stesso non può dirsi di quella del feto sviluppatosi nell'utero. tanto è vero che si conoscono casi in cui, dopo l'asportazione della tromba gravida, la gestazione proseguì regolarmente fino al termine entro l'utero pure gestante.

Vero è anche che nel caso speciale trattavasi con tutta probabilità di un aborto interno, e per tanto l'embrione era già morto all'atto delle manovre: ma qui si è voluto solamente accennare ad una questione giuridica generale non priva di eleganza.

Un'ultima osservazione mi piace fare circa l'ovulazione e la fecondazione.

Data la gravità e l'urgenza del caso, non ho potuto osservare se nell'ovaio sinistro, più grosso, vi fossero uno o due corpi lutei. È ormai dimostrato che la gravidanza gemellare proviene da un unico ovulo o follicolo di Graaf; ma nei casi di gravidanza doppia intra ed extra uterina, non esistono a mia conoscenza studi in proposito.

Interesse grande potrebbero assumere ricerche del genere per le ipotesi che possono prospettarsi circa le condizioni in cui ha avuto luogo la fecondazione e sviluppo in sede differente di due uova; sorge qui la questione della superfettazione e superfecondazione, che però nelle analisi specifiche lascia adito a troppe incertezze per poter permettere una interpretazione che esorbiterebbe dai limiti modesti di questa nota.

Bozzolo, aprile 1934-XII.


RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di gravidanza intra ed extra uterina contemporanea in cui furono praticate manovre abortive. Si procedette in primo tempo ad un esame per eventuali lesioni dei fornici vaginali e dell'utero, con svuotamento dei residui abortivi; successivamente laparatomia e resezione della tromba. Guarigione.


# SUNTI E RASSEGNE.

## SISTEMA NERVOSO.

### Il segno di Argill-Robertson.

(H. SCHAEFFER. *La Presse médicale*, 12 settembre 1934).

Negli ultimi venticinque anni molti lavori sono comparsi sul valore semiologico del segno di Argyll Robertson e sulla sua patogenesi: non pochi AA. ne hanno segnalata la esistenza anche in malattie non sifilitiche del nevrasse. D'altra parte recentemente Adie, Merrit, Moore, Haguenau, sono del parere che se alcuni AA. hanno segnalato questo sintoma in affezioni non sifilitiche, si trattava non del vero segno, ma del falso segno di Argyll Robertson. Ed in realtà bisogna anzitutto intendersi sul segno di A. R. e sul suo valore semeiologico.

Adie, Merrit, Moore, e prima ancora, Babinski, affermano che per il segno in questione bisogna riferirsi ai sei elementi determinati da A. R. (il sesto veramente è posteriore):

I) integrità della sensibilità retinica, il che suppone la integrità delle vie ottiche;

II) la miosi, il che suppone la paralisi del simpatico oculare, perchè sarebbe inverosimile una miosi duratura per eccitazione del parasimpatico;

III) assenza di modificazioni del diametro delle pupille, qualunque sia la variabilità della sorgente luminosa;

IV) contrazione attiva delle pupille all'accomodazione, il che suppone l'integrità delle vie corticali destinate all'accomodazione del nucleo del terzo paio e delle sue vie efferenti fino al muscolo ciliare;

V) la dilatazione imperfetta delle pupille sotto l'azione dell'atropina, testimone della lesione del simpatico oculare;

VI) la dilatazione della pupilla sotto l'azione del dolore.

Teoricamente si può ammettere che in assenza di una delle precedenti condizioni non si può parlare di segno di A. R.: praticamente non è così. Nella maggioranza dei casi il termine di segno di A. R. è sinonimo di « perdita dei riflessi luminosi con conservazione della contrazione pupillare all'accomodazione convergente » poichè questa conservazione dell'accomodazione è un movimento associato e non riflesso. D'altra parte questa semplice dissociazione è quanto si osserva più frequentemente nella sifilide del nevrasse. Giustamente Wilson fa rimarcare che la miosi non si incontra che accidentalmente associata alla dissociazione, in un 30 % dei casi. Inversamente la miosi senza perdita dei riflessi luminosi si osserva ugualmente. Miosi e dissociazione dei riflessi luminosi pupillari sono dunque due fenomeni che possono osservarsi uniti ma anche separati. E la miosi è un qualche cosa che è difficile a pre-

cisare: quando comincia? Secondo Adie quando il diametro è di mm. 2,5. D'altra parte supponiamo di avere un tabetico con una anisocoria: pupilla normale da un lato, miotica dall'altro, in ambedue gli occhi le pupille non si contraggono alla luce ma si contraggono alla convergenza: ed allora diremo che il segno di A. R. è presente solo dal lato miotico?

E la integrità assoluta delle vie ottiche è anche indispensabile per il segno? È esatto che una minore acutezza visiva si accompagna con una diminuzione del riflesso luminoso: ma può esistere una discordanza fra i due fatti: una neurite od una atrofia ottica moderata può accompagnarsi con una perdita del riflesso luminoso. Dovrebbe considerarsi senza valore: ma anche Wilson si oppone a tale ipotesi. Questo stesso A. considera che l'assenza del riflesso doloroso è frequente ma non costante. Per quanto riguarda la dilatazione imperfetta delle pupille sotto l'azione dell'atropina, questo rappresenta un sintoma lungo a ricercare e difficile ad interpretare.

Vi è dunque da intendersi quando si parla di « pupilla di A. R. ». Restringerne il significato, come vuole Adie, sarebbe un errore: ma sarebbe indispensabile che quando si adopera questo termine, ogni medico precisasse, quel che ha osservato: semplice dissociazione dei riflessi pupillari, presenza od assenza di miosi, stato dell'acutezza visiva, sensibilità della pupilla alla prova dei colliri.

Resta il fatto. Se Adie, Merrit, Moore, vogliono lasciare al segno di A. R. il suo primitivo significato, è per conservargli il suo valore semeiologico: se, al contrario, lo si considera come sinonimo di perdita del riflesso luminoso con persistenza dell'accomodazione, questo segno può riscontrarsi in multiple affezioni secondo Adie.

È certo che, concepito come vuole Argyll Robertson, il segno è presso che patognomonico di sifilide nervosa; così pure è vero che Wilson ebbe a ritrovarlo in un caso di tumore del mesencefalo. E poichè è la sede e non la natura della malattia che determina la comparsa del sintoma, non deve meravigliare la sua comparsa all'infuori della sifilide del nevrasse. Bisogna però ricordare che il segno di A. descritto all'infuori della sifilide, salvo eccezioni, non si accompagna a miosi, ovvero si accompagna a lesioni del III paio o del simpatico cervicale (sindrome di Bernard-Horner): ed è anche certo che le lesioni del III paio o del simpatico cervicale isolato non bastano a creare una dissociazione fra il riflesso luminoso ed alla convergenza. Aggiungiamo che la reazione parziale o lenta della pupilla alla luce, se si accompagna ad altri elementi segnalati da Robertson, ha per Adie lo stesso valore che la perdita completa del riflesso luminoso. Si tratta allora di Argill parziali. In più: il riflesso può essere unilaterale, o completo da una parte e parziale dall'altra; l'evoluzione è essenzialmente cronica, per lo meno nella sifilide, si installa lentamente e non regredisce mai.

Interessanti sono i rapporti del segno di A. con l'irregolarità pupillare e l'atrofia iridea: l'iride normale presenta alla sua superficie delle travate in rilievo: Dupuy-Dutemps ne ha fatto notare l'atrofia progressiva, spesso irregolare nei soggetti con A. R. Questa irregolarità sarebbe un buon segno di sifilide nervosa, indicando un disturbo trofico secondario ad una lesione periferica dell'apparato neuromuscolare dell'iride limitato al territorio simpatico del neurone ciliare. Tuttavia anche l'irregolarità della pupilla è stata segnalata in segni di A. R. di origine centrale.

Vicino ai « veri » e « falsi » segni di A. R., bisogna ricordare alcune reazioni anormali della pupilla simulanti ad esame rapido la perdita del riflesso luminoso. Così è il caso della pupilla miotonica. La reazione pupillare tonica descritta nel 1902 da Saenger e Strasburger, è il più spesso unilaterale: la pupilla colpita è più larga della pupilla sana, non è mai miotica. La reazione alla luce, diretta o consensuale, sembra essere assente, ma, dopo un soggiorno prolungato nella camera oscura, essa si contrae lentamente, alla luce viva. La contrazione alla convergenza è viva e completa. Può impiegare da dieci a quindici secondi ed assumere le dimensioni di una testa di spillo, per ridilatarsi con la stessa lentezza impiegata nella contrazione alla convergenza. La stessa lenta dilatazione si può osservare nella contrazione pupillare dovuta ad occlusione energica delle palpebre. La confusione della pupilla miotonica con il segno di A. R. è talora resa più facile per il fatto che può associarsi all'abolizione di uno o più riflessi tendinei.

Esaminando la semeiologia del segno di A. R., vediamo che la sua frequenza nella sifilide del nevrasse è variabile secondo le sue forme cliniche: d'altra parte la sua frequenza nella stessa forma clinica è varia a seconda quello che i varî AA. intendono per segno di A. R., ed a seconda della tappa della malattia.

Nella tabe è frequentissimo: 70 % dei casi secondo Uthoff; 80-90 % secondo Marie e Léri; secondo Merrit e Moore il vero segno si riscontrerebbe nel 16,7 % dei casi ed il falso nel 30,2 %, l'incompleto nel 4,9 %.

Nella paralisi generale, nel 50 % dei casi secondo Babinski, nel 45,5 % secondo Bumke, meno ancora secondo Merrit e Mooré.

Nelle forme cerebro-vascolari (emiplegia, emianopsia, afasia ecc.), la frequenza è ancora minore: 3 %.

Nella sifilide spinale mai è stato notato da Merrit e Moore.

Nella sifilide diffusa del nevrasse, legata a lesioni meningee, o vascolari, Merrit e Moore rilevano il vero segno nell'1 % dei casi, il falso nel 15,1 %, il parziale nel 4,1 %.

Nella sifilide nervosa asintomatica, la cui

diagnosi non può essere fatta che con l'esame del liquido cefalo-rachidiano, gli stessi AA. constatarono il vero segno nel 4,5 %, il falso nel 3,3 %, il parziale nel 1,6 %. Questo fatto concorda con l'opinione emessa dal Babinski che il segno di R. può essere una manifestazione monosintomatica della sifilide del nevrasse, associata talora a manifestazioni viscerali delle quali la sua presenza fa sospettare la natura.

Come è stato detto precedentemente anche in affezioni non sifilitiche è stata messa in evidenza la presenza del segno, per alcuni non del vero segno. Così nelle affezioni diffuse del nevrasse, in particolare nell'encefalite epidemica. È eccezionale nella sclerosi multipla. È stato segnalato nello zona oftalmoplegico, nelle lesioni peduncolari, in alcuni tumori cerebrali specie a sede nei pressi del terzo ventricolo, dell'acquedotto o dei quadrigemini: ugualmente possono determinare il segno le lesioni vascolari della stessa regione. È anche stato segnalato il sintoma nella siringobulbia, nell'alcoolismo cronico, nella nevrite ipertrofica ed in alcuni traumatizzati.

Per ben comprendere il meccanismo del sintoma di A. R. bisogna ricordare il tragitto del riflesso fotomotore, del movimento associato alla convergenza, delle fibre simpatiche pupillo-dilatatrici.

*Vie pupillo-motorie*: la luce che illumina la retina determina due fatti fisiologicamente ed anatomicamente distinti, il meccanismo della vista ed il meccanismo riflesso della contrazione pupillare. Nel nervo ottico Monakow ha dimostrato due sorte di fibre (spesse e fine) di cui solo le prime vanno ai tubercoli quadrigemini: e cioè fibre sensoriali e riflesse.

Il tragitto delle vie pupillo-motrici è stato messo in luce con ricerche sperimentali sugli animali: le fibre del riflesso fotomotore che partono dalla retina si incrociano a livello del chiasma come le fibre per la visione; l'eccitazione del tratto ettico fra il chiasma ed il corpo genicolato esterno, determina miosi, le fibre riflesse non penetrano nel corpo genicolato ma passano nel braccio del tubercolo quadrigemino anteriore la cui eccitazione porta miosi. Dal braccio anteriore le fibre si dirigono verso l'estremo cefalico ove una parte delle fibre si incrociano nella parte dorsale della commissura posteriore, mentre la parte restante va direttamente ai nuclei oculo-motori. Anche la eccitazione della commissura posteriore determina miosi, ma fra la commissura posteriore ed il nucleo oculo-motore esiste un piccolo tratto ove l'eccitazione produce solo miosi unilaterale: le fibre dell'arco riflesso luminoso che si incrociano nel chiasma tornano ad incrociarsi nella commissura posteriore e perciò la distruzione delle fibre del riflesso fotomotore dopo questo nuovo incrocio può dar luogo ad un segno di A. R. unilaterale.

Le fibre pupille motrici efferenti partite dal nucleo del terzo paio seguono l'oculo motore comune fino al ganglio ciliare e con i nervi ciliari corti giungono al muscolo ciliare.

*Fibre pupillo-dilatatrici*: nell'ipotalamo esiste una regione ben localizzata la cui eccitazione provoca midriasi. Da questa zona le fibre vanno ai tubercoli quadrigemini, alla commissura posteriore. Di qui una parte delle fibre si incurva in avanti per penetrare nella parte medio laterale del mesencefalo e discendono nella formazione reticulata della pretuberanza, del bulbo, e del midollo. Un'altra parte discende nel fascio longitudinale posteriore, omolaterale e controlaterale. Le fibre pupillo dilatatrici non sono incrociate e sono in rapporto col centro simpatico cervicale omolaterale, in connessione stretta con le fibre pupillo-motorie. Il tragitto posteriore nel midollo cervicale, nel centro cilio spinale, è ben conosciuto: di lì passano nel ganglio simpatico cervicale superiore, nel ganglio ciliare, nei nervi ciliari corti, nel muscolo dilatatore dell'iride.

*Vie del riflesso alla convergenza*: in senso lato, l'accomodazione è un movimento volontario: con centro corticale all'unione della seconda frontale e del giro prefrontale. Per la sua esecuzione questo movimento associato suppone la partecipazione del retto interno, del muscolo ciliare, dello sfintere dell'iride. Dalla corteccia queste fibre vanno alla capsula interna, ai peduncoli cerebrali, al nucleo del terzo paio. La via periferica è identica a quella della via pupillo-motrice.

Date queste nozioni anatomiche si comprende come una sola lesione con sede nella calotta, un poco avanti alla commissura posteriore in un punto ove le fibre fotomotrici discendono sulla linea mediana, avanti al nucleo del terzo paio, e dove le fibre simpatiche discendono in avanti del fascio longitudinale posteriore (in avanti e fuori della formazione reticolare), una sola lesione determinerà la perdita del riflesso luminoso per la lesione delle fibre fotomotorie, una pupilla miotica insensibile alle eccitazioni dolorose, dilatantesi incompletamente sotto l'azione dell'atropina per la lesione delle fibre discendenti pupillo dilatatrici. Il riflesso all'accomodazione non è colpito perchè le fibre accomodatrici provenienti dal peduncolo cerebrale sono in un piano anteriore prima di penetrare nel nucleo del terzo paio.

Se però una lesione in tale regione per un glioma distruttore per una progressiva penetrazione infiltrante ecc. spiega anatomicamente bene la pratica del riflesso, non altrettanto agevole è trovarne la spiegazione per la sifilide. Delle varie ipotesi ricorderemo l'invocata meningite cronica dell'Ingvar, l'ependimite di Wilson, la vulnerabilità speciale delle fibre in discorso, secondo le ipotesi dello Spielmeyer per la tabe.

MONTELEONE.

## L'emiplegia.

(A. FEILING. *Practitioner*, luglio 1934).

Con il termine « emiplegia » quantunque a rigore dovrebbe intendersi la paralisi totale di tutta una metà del corpo, si denota comunemente la paralisi o l'indebolimento degli arti dello stesso lato, cui può aggiungersi la paralisi dei muscoli innervati dal facciale del lato omologo o opposto.

L'emiplegia è più frequentemente determinata da lesioni vasali ed in particolare da occlusioni arteriose (embolia, trombosi) e da emorragie arteriose.

La causa più comune dell'*embolia cerebrale* è costituita dal distacco di un frammento di coagulo sanguigno dal cuore sinistro, probabilmente dall'orecchietta, che si verifica in casi di stenosi mitralica con o senza fibrillazione auricolare ed anche in casi di fibrillazione auricolare senza lesioni valvolari.

L'embolia cerebrale si può verificare anche nel corso di un'endocardite maligna, durante la quale si possono avere distacchi di particelle di vegetazioni dalle valvole mitraliche o aortiche.

Meno frequentemente l'embolo parte da aneurismi o ateromi dall'aorta, da trombi delle coronarie o delle pulmonari. L'embolo da trombosi delle vene pulmonari non di rado è causa di gravi emiplegie durante il puerperio o dopo le operazioni chirurgiche.

Eccezionalmente si può avere l'embolia paradossa, quando l'embolo raggiunge il cervello direttamente dal sistema venoso passando attraverso il setto interventricolare o il forame ovale.

La frequenza dell'embolia cerebrale è maggiore nelle donne in relazione al fatto che tra esse sono più comuni i casi di stenosi mitralica, ed anche per le forme dipendenti dal puerperio.

I vasi più comunemente colpiti sono l'arteria cerebrale media sinistra e le sue principali branche. Il punto esatto nel quale l'embolo si arresta dipende dal suo volume.

All'embolo segue la trombosi del vaso colpito, la quale può estendersi distalmente determinando il rammollimento completo dell'area irrorata dal vaso occluso. Talvolta, però, la trombosi non si verifica e la circolazione si ristabilisce.

La condizione di solito si manifesta in modo improvviso ed inatteso senza sintomi premunitori. Senza dubbio l'embolia cerebrale dà la forma più improvvisa di accidenti. Quando l'embolia si verifica in un piccolo vaso la coscienza può non essere turbata. Si possono avere tutt'al più vertigini od offuscamenti di vista. Ma se è occlusa l'arteria cerebrale media o una delle sue branche principali si ha perdita improvvisa della coscienza ed anche prolungata. Le convulsioni sono rare. In relazione al fatto che l'embolo colpisce più frequentemente le arterie cerebrali di sinistra, l'afasia è comune.

La causa più comune della *trombosi cerebrale* è una riduzione del lume delle arterie provocata da un inspessimento dell'intima, la quale si verifica più frequentemente nelle affezioni ateromatose delle arterie e nell'endoarterite sifilitica. Le prime sono più frequenti nei vecchi, le seconde nei giovani. Cause molto meno comuni sono il tifo e la difterite, le affezioni infiammatorie dello stesso cervello come l'encefalite letargica, le anemie profonde. Tra i fattori concorrenti alla produzione del trombo vanno segnalati la diminuzione di velocità della circolazione sanguigna e l'aumento della coagulabilità del sangue.

Nella sua forma tipica la trombosi cerebrale da ateroma si verifica in individui ultrasessantenni con segni di arteriosclerosi generalizzata, con pressione sanguigna normale in relazione all'età e anche più bassa del normale, e spesso con alterazioni senili del miocardio.

L'accidente è precipitato da fattori che abbassano la pressione vasale, come il sonno, l'esaurimento dopo sforzi fisici insoliti, le malattie debilitanti.

Ma vi sono altri casi nei quali la trombosi si verifica nelle medesime condizioni nelle quali si ha l'emorragia cerebrale. Si tratta d'individui tra i 45 e i 55 anni con ipertrofia arteriosa generalizzata, cuore grosso, ipertensione. Talvolta, in effetti, si verifica che si ha prima la trombosi e poi l'emorragia. Si avrebbe così ragione di quei casi di emorragia cerebrale occorrenti in conseguenza degli stessi fattori debilitanti che provocano la trombosi.

La trombosi può colpire qualsiasi parte del cervello, ma più frequentemente si ha nella corteccia e nella zona subcorticale. Ciò spiega perchè l'emiplegia con afasia è nella trombosi più comune che nell'emorragia.

I sintomi prodromici consistono in un senso transitorio di debolezza ad una o ad ambo le gambe, ad una metà della faccia, afasia transitoria o altre manifestazioni di disturbi a focolaio della funzione cerebrale. Talvolta si ha un leggero e rapido indebolimento emiplegico e poi dopo qualche giorno una grave emiplegia. In qualche caso il fatto iniziale è una convulsione a tipo jacksoniano limitata alle parti nelle quali poi si stabilirà la paralisi.

La perdita di coscienza è meno comune che nell'embolia, ma può aversi se il trombo ha sede in un grosso vaso.

Se l'accidente si verifica durante il sonno è più facile che si tratti di trombosi.

Nelle forme sifilitiche precede per molto tempo una grave cefalea.

L'*emorragia cerebrale* è meno frequente ma più fatale. I fattori principali dell'accidente sono la degenerazione delle pareti arteriose e l'ipertensione sanguigna. La degenerazione arteriosa può essere a tipo ateromatoso o consistere in alterazioni della media consecutiva ad iper-

trofia arteriosa generalizzata (fibrosi arterio-capillare) associata a sclerosi renale. È ben noto che l'emorragia cerebrale si verifica con maggior frequenza in individui che presentano il seguente gruppo di lesioni: cuore grosso, rene sclerotico, ipertrofia arteriosa generalizzata.

I maschi sono colpiti più delle donne ed il massimo di frequenza capita tra i 50 ed i 60 anni di età. Sembra accertata una tendenza familiare all'emorragia cerebrale.

Le parti più frequentemente colpite sono il corpo striato e la corona raggiata. Il vaso che più frequentemente si rompe è uno dei rami perforanti dell'arteria cerebrale media, più spesso uno dei vasi lenticolo-striati. Il sangue si spande nella sostanza cerebrale e molte volte allaga il ventricolo cerebrale.

Clinicamente il manifestarsi di sintomi è rapido, quantunque meno improvviso di quel che si ha nell'embolia. Si possono avere sintomi premunitori analoghi a quelli accennati per la trombosi.

Di solito si ha all'improvviso una sensazione vertiginosa, un dolore al capo, un indebolimento degli arti, un inceppo nella favella e quindi rapidamente perdita della coscienza. Questa può venire a mancare assolutamente all'improvviso in pieno benessere. Solo nelle piccolissime emorragie non si ha turbamento della coscienza.

Nelle vaste emorragie lo stato incosciente trapassa gradatamente in un profondo coma indice di una progressiva e pericolosa compressione cerebrale.

Nella fase iniziale le convulsioni sono rare.

Al principio si ha per breve tempo temperatura subnormale; quando l'emorragia invade i ventricoli si ha ipertermia. Quando questa si manifesta in primo tempo si deve sospettare un'emorragia pontina.

I segni caratteristici dell'emorragia cerebrale che la fanno distinguere dalla trombosi e dell'embolia sono: 1) perdita della coscienza cui segue coma con respiro stertoroso; 2) marcata congestione della faccia e della nuca; 3) polso duro e teso; 4) rapida comparsa di febbre e di paralisi respiratoria.

Nei casi dubbi si può praticare la puntura lombare che nel caso di emorragia dà liquido ematico.

La sintomatologia dell'emiplegia varia oltre che in rapporto alla natura della lesione causale, anche e sopratutto in rapporto alle sua sede ed alla sua estensione.

Una lesione vasale grave che colpisce il tratto motore nella regione del centro ovale o della capsula interna è seguita da una paralisi flaccida completa degli arti del lato opposto. Inizialmente si può osservare anche deviazione coniugata degli occhi verso il lato paralizzato: il paziente guarda la sua paralisi. I riflessi tendinei sono allora indeboliti o assenti. Successivamente gli arti paralizzati tendono a diventare rigidi e spastici, specie all'arto superiore che assume un'attitudine caratteristica: braccio addotto, avambraccio semiflesso, e tendenza della flessione della mano e delle dita. La gamba è in estensione rigida. Contemporaneamente i riflessi si ristabiliscono e diventano esagerati. La paralisi facciale è naturamente a tipo sopranucleare, e quindi il facciale superiore (m. arbicolare e frontale) è meno paralizzato, e d'altra parte i movimenti emotivi del lato paralizzato della faccia sono normali. La lingua nella protrusione è deviata verso il lato paralizzato.

La paralisi della faccia migliora per prima, segue quella della gamba, mentre quella dell'arto superiore è la più persistente. Comunque i movimenti fini delle dita rimangono meno compromessi che i movimenti massivi della spalla e del gomito. L'andatura dell'emiplegio è caratteristica, l'arto paralizzato è rigido nel ginocchio e fa nel passo un movimento di circumduzione, a falcia.

Le lesioni corticali danno quasi sempre monoplegie e convulsioni.

L'afasia è data da lesioni, particolarmente trombotiche, della corteccia dell'emisfero sinistro.

Le emorragie subcorticali sono per lo più accompagnate anche da disturbi della sensibilità.

Le lesioni talamiche danno emianestesia, e talvolta dolori spontanei agli arti colpiti con iperattività agli stimoli, nonchè un lieve grado di paralisi motoria.

Nell'emiplegia da lesioni del *crus cerebri* si può avere la sindrome di Weber (emiplegia crociata con paralisi della faccia e degli arti al lato opposto della lesione e paralisi dell'oculomotore comune dal lato della lesione) e la sindrome di Benedikt nella quale ai sintomi precedenti si aggiungono tremori ed atassie.

Le emiplegie pontine e bulbari danno sindromi crociate varie.

Le emiplegie midollari sono rare; in esse le paralisi sono dallo stesso lato della lesione.

Le emiplegie oltre che da lesioni vasali emboliche, trombotiche ed emorragiche possono derivare da altre cause. Si hanno così le emiplegie infantili dovute a traumi da parto, malformazioni congenite, encefaliti, meningiti e trombosi dei seni. Negli adulti si possono avere emiplegie nel corso della paralisi generale, negli ascessi e tumori cerebrali, nei traumi cefalici, nelle meningiti, nelle encefaliti, nelle emorragie traumatiche, nella sclerosi a placche, nella paralisi agitante, nella corea e nell'isteria. I sintomi concomitanti, il modo con il quale si stabilisce la paralisi, alcuni caratteri particolari di queste rendono in tali casi possibile la diagnosi.

La cura immediata delle emiplegie da lesioni vasali è la stessa, qualunque ne sia l'origine embolica, trombolica o emorragica.

È indispensabile l'assoluto riposo a letto

con la testa leggermente sollevata per favorire la circolazione di ritorno. Durante lo stato d'incoscenza non si somministreranno alimenti e si faranno iniezioni rettali di soluzioni saline o di glucosio.

In caso di emorragia appena ritornata la coscienza si somministrerà un purgante: dapprima calomelano e poi solfato di soda o di magnesio.

Lo stato d'irrequietezza si calmerà con bromuri a larghe dosi, oppure con luminal, morfina o ioscina eventualmente per via ipodermica.

Stabilita la causa della lesione si procederà quindi alla cura appropriata. Nella trombosi si daranno stimolanti (caffeina e canfora).

Nell'emorragia si praticherà il salasso ed eventualmente la puntura lombare.

La cura dello stato paralitico deve essere indirizzata ad evitare per quanto è possibile lo stabilirsi di attitudini rigidi viziose. Quindi si devono iniziare subito pratiche metodiche di massaggi e di movimenti passivi e possibilmente attivi.

L'elettricità è sempre dannosa. La diatermia può dare qualche vantaggio nelle paralisi spastiche. DR.

# RENI E VIE URINARIE.

## L'esame della funzione renale.

(F. S. FONWEATTER. *British Medic. Journ.*, 14 luglio 1934).

Gli esami di laboratorio non possono sostituire l'esame clinico ma certamente lo completano. Così nella nefrite, se la diagnosi si fa facilmente coll'esame del malato, la prognosi non si può fare senza l'aiuto del laboratorio.

*Concentrazione di urea nel sangue.* — L'aumento dell'azotemia non è sempre segno di disfunzione renale, perchè si ha spesso coll'oliguria (diminuzione della somministrazione di liquidi, vomito frequente, versamenti in cavità), come pure coll'eccessiva introduzione di proteine, colla febbre, col digiuno. Escluse le cause extrarenali, l'aumento dell'azotemia è di natura renale. Si ha iperazotemia spesso nei casi di impedimento all'eliminazione urinaria, p. e. nell'ipertrofia prostatica.

Però si può avere disfunzione renale con azotemia normale.

In tutti i reni malati c'è perdita della capacità di concentrare, però essa non è evidente che negli stadi avanzati della malattia, perchè negli stadi iniziali si ha poliuria che permette l'eliminazione dell'urea in quantità sufficiente per escludere la ritenzione azotata.

*Un saggio semplice della funzione renale* e che spesso si trascura è quello di conservare separatamente i vari campioni di urina emessi nelle 24 ore e vederne la quantità, l'urea e il peso specifico. Nelle nefriti si ha maggior quantità totale di urina, ma minore eliminazione totale di urea. Inoltre normalmente durante la notte si elimina minore quantità di urina, che è anche più concentrata. Nell'insufficienza renale c'è minore differenza fra le urine del giorno e quelle della notte. Inoltre nel normale il peso specifico delle urine varia notevolmente da una minzione all'altra, mentre questo non succede che entro limiti molto stretti nel nefritico.

*Urea clearance.* — Il concetto di *urea clearance* fu introdotto nel 1923 da Van Slyke e collaboratori. Essi hanno dimostrato che quando il volume d'eliminazione urinaria supera i 2 cc. per minuto la escrezione dell'urea procede colla massima velocità e l'eliminazione al 1' rappresenta il contenuto in urea di un massimo volume di sangue, che nei normali è di circa 75 cc. Questo essi chiamano massima *urea clearance*, che è data dalla formula

$Cm = \frac{UV'}{B'}$, in cui U = concentrazione dell'urea nell'urina, B = concentrazione di urea nel sangue e V = volume di urina al 1'.

Al di sotto del limite massimo l'escrezione ureica non è costante, ma varia colla radice quadrata del volume urinario. La *standard clearance* (Cs) è quella che si ha se il volume urinario fosse di 1 cc. al'1' ed è $Cs \frac{U}{B} \sqrt{V}$; il suo valore medio è di 54 cc.

Si sono poi portate delle modificazioni alle formule suindicate per poter avere il risultato espresso come percentuale.

Nel rene insufficiente l'*urea clearance* è al di sotto del normale.

*L'urea clearance dopo somministrazione di urea* (15 gr.) fu introdotta dall'A.

Questo metodo e quello di Van Slyke, egli afferma, sono i migliori per saggiare la funzionalità renale. R. LUSENA.

## I dati essenziali sull'amiloidosi renale.

(R. SACREZ. *Rev. de Méd.*, luglio 1934).

I concetti classici sull'amiloidosi renale tendono oggi a subire delle modificazioni per opera di numerosi AA. specialmente della Scuola francese.

Secondo l'A. due sono i fatti che emergono dalle recenti ricerche effettuate sia nel campo clinico che in quello biologico:

1) *L'amiloidosi renale può accompagnarsi ad uremia.* Mentre si ammetteva fino ad oggi la mancanza di ritenzione di azoto come una delle caratteristiche dell'amiloidosi, parecchi AA. hanno riferito casi di amiloidosi terminata con una fase uremica, nei quali non era dimostrabile una nefrite precedente o concomitante.

L'amiloidosi sarebbe quindi solo in un primo tempo una malattia puramente glomerulare; poi l'infiltrazione amiloide guadagnando il tessuto interstiziale e per compressione dei tubuli provocherebbe la ritenzione di azoto.

2) *Esiste una stretta parentela fra l'amiloidosi renale e la nefrosi lipoidea.* I sintomi clinici e l'evoluzione delle due malattie mostrano grande analogia. Biologicamente tale analogia è ancora più completa (ipoproteinemia ed iposerinemia con globulinemia normale). Infine la genesi delle due malattie presenta delle analogie inquanto l'amiloidosi sopravviene in seguito a suppurazioni croniche, e lanefrosi lipoidea si ha spesso dopo suppurazioni acute pneumococciche.

Le due malattie creano delle alterazioni caratteristiche della crasi sanguigna, che precedono la sindrome renale. Questa « étape sanguine » (come l'ha chiamata Abrami) si complica poi con l'alterazione glomerulare, che è seguìta dall'invasione del tessuto interstiziale.

E. CARLINFANTI.

### Carcinoma primitivo dell'uretere.

W. SCOTT. *Surg. Gyn. et Osbt.*, nov. 1934).

L'A. riporta due casi di carcinoma primitivo dell'uretere, affezione rara; egli non ne ha riunito nella letteratura che 61 casi compresi quelli personali. L'affezione è caratterizzata da ematurie copiose e ad insorgenza capricciosa, da dolori dovuti alla tensione del bacinetto renale per l'ostacolo al defluire dell'urina, dal reperto cistoscopico, dalla tumefazione di solito percepibile solo in uno stadio molto avanzato, dal pielogramma prima di iniezioni di liquidi di contrasto; talvolta dal reperto microscopico dell'urina. Per altro la diagnosi preoperatoria fu posta raramente. Anche nei casi dell'A. uno fu operato in primo tempo per idronefrosi sviluppata nel rene del lato interessato a causa dell'occlusione ureterale e solo in secondo tempo fu asportato l'uretere epiteliomatoso; l'altro caso, operato quando il tumore aveva invaso parte notevole degli organi della metà destra dell'addome, ebbe solo una laparatomia esplorativa e morì poco dopo.

Tali tumori, che danno metastasi e invasione rapide negli organi vicini hanno per lo più prognosi infausta; solo due malati erano ancora viventi 5 anni dopo l'intervento.

V. GHIRON.

## DIVAGAZIONI

### Astinenza sessuale e castità.

I due termini non sono sinonimi: si tratta di concetti diversi per forma e quantità. L'astinenza è la mancanza o la rinunzia ad ogni attività sessuale, la castità è il controllo della funzione sessuale. La prima è generalmente determinata da fattori esteriori o costituzionali, la seconda rappresenta sempre un atto di volontà.

Sulla pericolosità dell'astinenza sessuale molto si è discusso, e le varie tesi sostenute al riguardo risentono l'influenza di preconcetti morali e religiosi. Per alcuni sarebbe sempre vantaggiosa al corpo ed allo spirito, per altri sarebbe sempre dannosa alla salute fisica e morale.

I primi portano ad esempio i preti cattolici che godono generalmente un'eccellente salute; i secondi documentano il loro asserto con una abbondante casistica clinica, la quale proverebbe che molte neurosi sono l'espressione del mancato assolvimento della funzione sessuale.

Per quel che riguarda la prima affermazione si obietta che i preti cattolici sono preparati al loro destino fin dall'adolescenza e che molti non hanno avuto mai pratica dei fatti sessuali, per modo che la relativa funzione subisce una specie d'arresto.

Si ricorda d'altra parte che i primi asceti cristiani del deserto, uomini vigorosi e risoluti, vivevano nelle migliori condizioni per coltivare il loro ideale mistico, ed il loro regime era intensamente austero. Tuttavia erano terribilmente turbati dai desideri carnali, e questo turbamento durava quasi tutta la vita.

Del resto in tutti i tempi e anche nell'epoca moderna le tentazioni della carne costituiscono il più forte incentivo al peccato, il maggior tormento per i religiosi astinenti. Lo spasimo del desiderio e la volontà di resistere è rappresentato meravigliosamente nella famosa tela di Domenico Morelli: « Le tentazioni di Sant'Antonio ».

I danni dell'astinenza sessuale sono stati certo supervalutati attribuendo ad essa condizioni morbose che forse sono da mettersi in conto di fattori costituzionali. Solo quando esiste una netta predisposizione alla neurosi l'astinenza può produrre disturbi e specialmente la neurosi d'angoscia. Senza dire che talvolta l'astinenza non è la risultante di fattori esterni coattivi o di peculiari condizioni ambientali, ma essa stessa l'espressione di una costituzione neuropatica.

Non è dubbio tuttavia, che l'astinenza sessuale, anche se non importa grandi rischi per la vita e la salute, presenta degli inconvenienti specie per le persone vigorose. La continenza può provocare leggeri disturbi dell'equilibrio fisico ed una disposizione all'angoscia, uno stato di lotta costantemente rinascente contro le ossessioni erotiche, un'iperestesia sessuale malsana.

Parrebbe che le donne ne soffrano di più dell'uomo, forse perchè per esse è più difficile la sublimazione nel senso di Freud, forse perchè per esse l'astinenza è più assoluta, o anche perchè esse beneficiano più raramente dell'orgasmo spontaneo durante il sonno che talvolta è un vero sollievo per l'uomo astinente.

Al riguardo è interessante il questionario che la dottoressa Davis ha rivolto ad un migliaio di donne americane: « Credete i rapporti sessuali necessari per la salute fisica e mentale? ».

Le risposte appaiono per la maggior parte spontanee e sincere, ma parecchie risentono di preconcetti morali e di convenzioni sociali. Circa il 39 %, in numero assoluto 394, hanno ri-

sposto in senso affermativo, ed il 61 %, in numero assoluto 622, in senso negativo. Da notare che nel primo gruppo una forte proporzione, 76 %, praticava la masturbazione, mentre nel secondo la praticava il 56 %, e che tra le donne convinte della pericolosità dell'astinenza prevalevano quelle che avevano esperienza di rapporti sessuali.

A parte l'astinenza sessuale imposta a ordini religiosi, sembra che i veri casi di rinunzia assoluta all'esercizio della funzione erotica siano molto scarsi e forse devono essere messi in conto di una vera necessità o di altre cause organiche. Purtroppo la mancanza della soddisfazione normale conduce all'autoerotismo, alla masturbazione, i cui svantaggi sono stati variamente apprezzati, senza dire che v'è chi sostiene che essa, quando non è eccessiva, è tutt'altro che dannosa.

Tutto sommato la vera astinenza non è affatto benefica per la salute fisica e mentale: essa è causa di disordini ormonici e di conflitti psichici che possono risolversi in neurosi.

La castità è tutt'altra cosa, essa è una vera virtù ed è sempre benefica: è l'autocontrollo nella sfera sessuale.

I popoli selvaggi e quelli civilizzati per tradizione attribuiscono alla castità un insieme di vantaggi, di privilegi, spesso fantasiosi ma che concorrono sempre ad esaltarla. Queste credenze s'accordano meravigliosamente con i fatti biologici e le esigenze sociali in quanto aiutano l'individuo ad indirizzarsi verso il dominio di sè stesso, verso una vita consapevole e forte, dalla quale traggono vantaggio tanto il singolo che la comunità.

Quando la castità si trasforma in una semplice astinenza obbligatoria, scrive Havelock Ellis, cessa di essere una virtù ed un beneficio, perchè perde il carattere naturale conferitole dalla tradizione e dalle necessità organiche e sociali. Tuttavia la decadenza di antiche restrizioni artificiose nel dominio sessuale ha provocato altre esagerazioni, non meno antinaturali ed indesiderabili, di licenza e di promiscuità.

Occorrerà molto tempo perchè queste oscillazioni violente intorno alla giusta concezione della castità raggiungano il loro punto di equilibrio, perchè ogni scarto in una direzione ne provoca un'altra della stessa intensità dal lato opposto. Ciò si è verificato recentemente in Russia. Al tempo degli czar regnava una forte repressione convenzionale dietro la quale si dissimulava una licenza sfrenata, e ciascuna di queste due forze tendeva a produrre consecutivamente la sua reazione. L'effetto immediato della liberazione fu nettamente nel senso della licenza, ma la tendenza attualmente dominante è verso costumi più castigati, tanto che la cattiva condotta in materia sessuale è considerata come cattiva attitudine politica.

Del resto la natura benefica, le qualità positive della castità, intesa nel senso di autocontrollo dell'erotismo, è provata dal fatto che essa cessa quasi di funzionare in tutti quei casi nei quali la compagine sociale viene sconvolta: guerre, rivoluzioni, cataclismi tellurici e simili. Allora la licenza più sfrenata si scatena. Può darsi che questo sia un fenomeno compensativo. la natura con l'eccitare l'erotismo tende a riparare con nuove nascite all'avvenuta distruzione di vite umane. Certo è che ogni cataclisma che sconvolge l'ordine sociale scompiglia le soprastrutture spirituali, paralizza le tendenze etiche, mettendo a nudo i bassi fondi della psiche, scatenando gli istinti bestiali.

*argo.*

## CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

M. SORIANO JIMÉNEZ. *Semiologia general y exploración del aparato respiratorio.* Barcelona, Francisco Vigas, 1934.

L'A. senza addentrarsi nell'esposizione e nel commento di dottrine antiche e recenti sulla fisiopatologia, sulla semeiologia fisica e funzionale dell'apparato respiratorio. ha voluto presentare a studenti e pratici in originale maniera schematica le nozioni cui si suole far ricorso nell'accingersi e nell'espletare l'esame di un paziente. I sette schemi fondamentali di semeiologia ragionata riguardano: il primo, l'indurimento o condensazione del tessuto polmonare; il secondo, l'atelettasia; il terzo, le cavità polmonari; il quarto, l'enfisema polmonare; il quinto, i versamenti pleurici; il sesto, l'ispessimento pleurico; il settimo, il pneumotorace.

Precedono gli schemi, brevi cenni di anatomia e fisiopatologia. ricordi di semeiologia generale e speciale del torace. brevi righe di anatomia patologica. Un capitolo è dedicato alla indagine radiologica ed endoscopica.

La dizione è piana, chiara, e trova rispondenza in una serie di illustrazioni molto dimostrative, per la maggior parte personali, che arrichiscono il lavoro. Il successo al libro in questione non dovrebbe mancare anche nella nostra Nazione, oltre che per la originalità della concezione, semplice, didattica, anche perchè l'A. è uno dei pochissimi stranieri che sanno ricordarsi e mettere nella dovuta evidenza il contributo cospicuo della scienza medica italiana passata e contemporanea, alla patologia e semeiologia dell'apparato respiratorio.

MONTELEONE.

M. PIÉRY-B. LE BOURDELLÈS. *La pratique de la collassothérapie en phtisiologie.* Préface de CARLO FORLANINI. G. Doin édit. Paris, 1934.

La prima edizione di questo lavoro, al quale il Fondatore della collassoterapia dettò la prefazione, vide la luce nel 1913.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L'attuale edizione è, si può dire, una nuova opera, talmente profondi sono stati i rimaneggiamenti apportati. E ciò è ben naturale qualora si pensi agli innumerevoli problemi affrontati nel mondo intero nei rapporti del pneumotorace articiale, qualora si ponga mente alla diffusa applicazione avuta dal metodo all'infuori delle primitive categoriche indicazioni. Ed ai pneumotorace si sono aggiunti collassoterapie chirurgiche (frenicectomia, toracoplastica, pneumolisi intra ed extrapleurica) la cui descrizione ed i cui metodi di applicazione, oramai non più discussi e ben definiti, trovano buon diritto di domicilio in un pratico trattato della specialità.

I successivi capitoli trattano della storia, degli effetti, del modo d'azione; delle indicazioni e controindicazioni della collassoterapia; della pratica del pneumotorace artificiale; della frenicectomia, toracectomia, pneumolisi intra ed extrapleurica; delle complicazioni della cura del Forlanini e della collassoterapia chirurgica: infine, delle forme cliniche, dei risultati clinici e sociali, della prognosi e dell'organizzazione della collassoterapia.

L'esposizione è volutamente elementare, intesa alla enunciazione chiara dei dati principali; l'indirizzo del lavoro essenzialmente clinico, per poter essere di guida preziosa ai pratici applicatori del geniale metodo di cura.

MONTELEONE.

P. WEILLER. *Les lavages de plèvre.* Un vol. di 130 pag. con 23 figure. Masson e C.ie, Paris, 1934.

Questo nuovo volume della « biblioteca del tisiologo » tratta dell'impiego dei lavaggi pleurici nella cura dei versamenti pleurici tubercolari. È specialmente alla terapia degli empiemi tubercolari maligni, dei piotoraci secondariamenti infettatisi, delle pleuriti putride, para o metapneumotoracici che il lavaggio della pleura ha permesso non rare volte in questi ultimi anni di modificare la nota prognosi. Nel volume in esame l'A. descrive metodi e strumentarii all'uopo in uso nei vari Paesi (largamente viene, a proposito dei metodi Italiani, illustrato il metodo Morelli) fermandosi alla tecnica che l'A. pratica correntemente, tecnica che egli ha perfezionato e della quale precisa le indicazioni, la condotta, gli accidenti clinici.

Numerosi casi egli apporta dedotti dal proprio materiale dando la sensazione di quanto possa il tisiologo sperare in così grave evenienza.

MONTELEONE.

O. MARBURG. *Unfall und Hirngeschwulst.* Editore J. Springer, Vienna. Prezzo R. M. 8.80.

La produzione di tumori cerebrali, specie di gliomi, a seguito di traumi cefalici è stata ammessa da tempo.

L'A. prende lo spunto da tre casi capitati alla sua osservazione, e nei quali l'origine traumatica del neoplasma risultava non dubbia, per studiare a fondo la quistione.

Molto accurata è la segnalazione della letteratura. L'A. elenca e riassume succintamente tutti i casi finora pubblicati di tumori cerebrali (gliomi, neuromi, meningiomi, angiomi, sarcomi, tubercolomi, cisti) per i quali è ammessa l'etiologia traumatica.

DR.

R. SEMIZZI. *Etilismo e vinismo.* Editore Morano, Napoli. Prezzo L. 20,00.

L'A. fa un'esposizione piuttosto ampia della storia dell'alcoolismo e delle cause che ne hanno incrementato e ne incrementano la diffusione. Passa quindi in rassegna le manifestazioni cliniche dell'intossicazione alcoolica e le sue interferenze con altre cause patogene.

Non è per il proibizionismo perchè l'uso moderato del vino lungi dall'essere dannoso è benefico, e perchè la cessazione della cultura e del commercio del vino sarebbe disastrosa per l'economia nazionale.

Bisogna quindi limitarsi ad adottare provvidenze che consiglino la temperanza.

DR.

L. GIUFFRÈ. *La scienza della medicina nella teoria e nella pratica.* Casa Editrice Trimarchi, Palermo. Prezzo L. 8,00.

Il Giuffrè appartiene a quella schiera di umanisti che fu molto folta nella generazione di medici ora al tramonto. Parecchie e pregevoli opere letterarie e filosofiche con addentellati e riferimenti medici egli ha pubblicato. Questa che ora viene alla luce prova l'inesauribile vena dell'emerito Professore di Clinica Medica di Palermo.

L'A. discute brillantemente i rapporti tra Medicina e Filosofia, la dottrina dell'organo di Aristotele, quella sulla forza medicatrice della natura, il significato, il valore biologico e la cura della febbre, il principio delle cause finali, il concetto di malattia e di causa morbigena, il significato d'arte medica.

È un libro che si legge con piacevole interesse.

DR.

F. DE NAPOLI. *Da Malthus a Mussolini.* Editore Cappelli, Bologna. 2 volumi. Prezzo L. 18,00.

I due volumi che l'egregio venereologo pubblica sulla questione demografica confermano la fama del brillante scrittore di *Sesso e Amore.*

Anche se lo stile appare talvolta esuberante e la intonazione apologetica, il de Napoli è sempre misurato nella sostanza, vagliando con ponderazione i pro ed i contra che rendono oscillanti tutti coloro che considerano il problema della natalità.

Egli è un assertore convinto della necessità dell'aumento della popolazione, ed estrinseca questa sua convinzione con entusiasmo.

Ritiene tuttavia che sia indispensabile garantire la sanità della razza mediante l'istituto del certificato prematrimoniale.

DR.

# I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

## XL Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Ore 15, 19 ottobre.

Presidenza: Proff. MARAGLIANO - PEREZ.

*(Continuazione e fine; v. num. prec.).*

**Le bronchiectasie.**

**Continuazione della Discussione.**

G. SABATINI (Sassari). — Per i clinici medici questa seduta potrebbe determinare la sensazione di nuove vie che si vengono ad aprire a quel che potrebbe essere la terapia delle bronchiectasie. All'O. sembra però che si sia troppo svalutato tutto quello che potrebbe essere il contributo medico nella terapia delle bronchiectasie.

La terapia medica, che è stata rimessa in luce ben più autorevolmente di quello che egli potrebbe fare, dal prof. Micheli, merita infatti di essere considerata.

Anzitutto spesso gli ammalati presentano una diffusione tale di cavità di bronchiectasie che si sottraggono a qualsiasi possibilità di cura chirurgica. In questi ammalati qualche cosa si può ottenere con la terapia medica. Buoni risultati si ottengono con iniezioni balsamiche. Buoni risultati soprattutto dal Salvarsan di cui si deve fare un uso superiore a quello che finora si è fatto e l'O. ritiene che con tale terapia si possano ottenere risultati precisi. Noi oggi abbiamo fatto forse purtroppo di ogni erba un fascio. Quindi la terapia medica se diretta opportunamente conserva la sua funzione e missione anche oggi molto di più di quello che nell'entusiasmo della ricerca chirurgica potrebbe essere intravisto.

A. CANTANI (Napoli). — Riferisce sui buoni effetti avuti con la cura pneumotoracica, ne espone i pericoli riguardanti la possibilità della rottura di un ascesso nella pleura; afferma di aver adottato per evitare questi pericoli la combinazione della frenicoexeresi con il pneumotorace. Ha avuto anche buoni risultati adoperando nell'apparecchio Forlanini l'olio gomenolo al 20 %, i cui vapori hanno giovato nella cura del pnx.

POTOSCHNIG (Vicenza). — Ha operato due casi di bronchiectasia. Ritiene si debba porre l'indicazione alla lobectomia.

E. VON KÖHLER (Ginevra). — Gli interventi illustrati dai colleghi relatori per la cura delle bronchiettasie ed ascessi polmonari dànno buoni risultati in mani sperimentate. Questi però si manifestano a lunga scadenza, e lunghe remissioni possono simulare una guarigione definitiva.

Secondo l'esperienza dell'O., le onde corte abbreviano il periodo di convalescenza, con maggior numero di guarigioni definitive, estendendosi l'indicazione anche ai numerosi casi non trattabili chirurgicamente.

In epoca recente ha avuto occasione di curare con onde corte 4 casi inoperabili, con un solo insuccesso. Gli altri 3 hanno avuto risultati rapidi e definitivi.

La terapia con onde corte in tali casi, (le più adatte per questo sono di 16 metri) è degna della massima considerazione, anche in base alle precedenti osservazioni di Schlieptake, Auclair, Halphen, Dausset, Liberny, ecc.

L. CANNAVÒ (Palermo). — Alle numerose categorie di bronchiettasie enumerate dai RR., l'O. vorrebbe fossero aggiunte le bronchiettasie da broncospirochetosi di Castellani, la cui frequenza nella Sicilia Occid. ha fatto sì che molti casi siano stati osservati e studiati nella Clinica Medica di Palermo. L'O. descrive l'aspetto radiografico caratteristico di queste forme.

Circa poi la terapia fisica delle bronchiettasie, l'O. richiamandosi a quanto detto dal prof. Von Köhler sull'applicazione delle onde corte, riferisce che tale metodo di cura è già in uso nella Clinica Medica di Palermo, ma i risultati ottenuti sono ancora poco netti perchè da essi possa essere tratto un giudizio favorevole o no.

D. CESA BIANCHI (Milano). — Dichiara di non essere totalmente d'accordo con il Relatore medico per quanto riguarda il criterio patogenetico delle bronchiettasie. L'ectasia bronchiale acquisita può essere dovuta a fatti di pulsione, a fatti di trazione od a fatti di stenosi bronchiale a monte. In ogni caso però essa presuppone sempre una profonda compromissione nella resistenza e quindi nella struttura della parete bronchiale, compromissione che a sua volta può essere dovuta a cause diversissime, ma che in grande prevalenza sono cause d'ordine infettivo.

Ma dove si inizia questa compromissione? Dalla mucosa *in primis*, ha sostenuto il Relatore medico, per propagarsi quindi a tutto lo spessore della parete il che equivale ad ammettere un'origine sempre aerogena della causa infettiva. Si avrebbe quindi un alterazione dell'epitelio della parete bronchiale con conseguente arresto dell'attività ciliare, cui spetta buona parte del meccanismo espulsivo della secrezione bronchiale.

Ora l'O. ritiene che se alle ciglia vibratili dell'epitelio bronchiale spetta una modesta parte della funzione di pulizia delle vie aeree questa è massima nelle fosse nasali e va in seguito gradatamente diminuendo fino a scomparire del tutto nei medi e nei piccoli bronchi, proprio quindi là dove si stabilirebbe abitualmente la bronchiettasia. In realtà le cose vanno assai diversamente: lo studio istologico delle bronchiettasie dimostra che la lesione ha inizio non dal lume del bronco ma dall'esterno per finire gradatamente a compromettere tutta la parete bronchiale, ossia, dimostra che il meccanismo istopatogenetico delle bronchiettasie, nella malattia bronchiettasica, ha molti punti di contatto con quello della mesoaortite di Doeble Heller. Le prime lesioni a carattere infiammatorio cronico non specifico si osservano alla periferia dei bronchi nel tessuto di sostegno del polmone e forse anche inizialmente a livello dei vasi nutritizi della parete bronchiale. A questa lesione primitiva segue la compromissione della parete bronchiale nella sua armatura connettivo-elastico-muscolare, con lesioni che sono dapprima a carico della ricca trama elastica che viene disgregata e pressochè distrutta con compromissione successiva, e non iniziale come hanno detto i proff. Micheli e Carpi, delle fibre muscolari, mentre si va gradatamente sostituendo alla parete bronchiale così compromessa un tessuto di riparazione infiammatorio dapprima e poi connettivo fibroso. La tunica mucosa invece resiste più a lungo e solo a bronchiettasia stabilitasi partecipa al processo morboso, con lesioni a carattere ipertrofico ed iperemico, donde gli aspet-

ti adenomatosi e telangectasici, tanto frequenti ad osservarsi.

Ora tali analogie istopatologiche con le mesoartiti luetiche sono assai suggestive, pur non permettendo nessuna conclusione a carattere etiologico: non va dimenticato però che la malattia bronchiettasica si svolge molto spesso su terreno luetico nell'infante e, più spesso di quanto non sembri, anche nell'adulto.

Stabilitasi anatomicamente la bronchiettasia, essa resta latente dal punto di vista clinico fino a quando non suppuri, ossia s'inquini.

Praticamente l'O. afferma che occorre far distinzione, non fra br. congenite od acquisite, ma fra br. secondarie a cause note e bronchiettasie essenziali, o malattia bronchiettasica che dir si voglia. Questa è la forma di gran lunga più importante per la sua frequenza e per la sua gravità, per la resistenza che oppone a tutti gli interventi terapeutici. Per essa, come inteso, sono state proposte tutte le terapie possibili dalle specialistiche alle chirurgiche, forse troppe, confessiamolo.

Le cure mediche hanno avuto qui oggi poco favore: solo la voce autorevole, difatti di Micheli ed ora di Sabatini si sono levati a difesa. Che le cure mediche non siano capaci di guarire definitivamente la malattia bronchiettasica siamo tutti d'accordo, ma che esse — si tratti di balsamici, di vaccini, di arsenobenzoli, di alcool endovenoso — possono dare nella malattia bronchiettasica e non solo nelle bronchiettasie secondarie remissioni, soste lunghe, guarigioni sociali insomma, è un fatto non solo tangibile ma anche di frequentissima constatazione da parte nostra.

Le cure specialistiche hanno avuto migliore accoglienza, ma l'O. non è d'accordo che la broncoscopoterapia sia capace di guarire definitivamente la malattia bronchiettasica: basta pensare al meccanismo patogenetico ricordato ed alla loro molteplicità. Tutto al più in questa forma la broncoscopoterapia può servire a preparare l'ambiente bronchiale per un successivo intervento chirurgico. Così pure l'O. non ritiene che la collassoterapia (pneumotorace, frenicoexeresi, piombaggio) sia capace di guarire definitivamente la mal. bronchiettasica.

Non resta quindi che la terapia chirurgica, della quale ha trattato così bene il prof. Alessandri, e quindi l'O. non ne tratta, limitandosi a dire che egli conviene nel ritenere la lobectomia allo stato attuale delle nostre conoscenze l'operazione ideale per la guarigione definitiva della malattia bronchiettasica.

G. A. CHIURCO (Siena). — L'O. porta un contributo di 80 casi (20 donne, 60 uomini) studiati nella Clinica chirurgica berlinese nel periodo che va tra il 1928 ed il 1933. Il trattamento chirurgico dei pazienti è stato assai vario ed è consistito nel piombaggio solo od associato a frenicoexeresi oppure nella termocauterizzazione e, nelle forme congenite, sempre nella lobectomia.

Materiale assai differente sia dal punto di vista dei precedenti anamnestici che da quello della sintomatologia. L'O. mette in rilievo i dati clinici e l'indicazione operatoria: nel lavoro completo, di prossima pubblicazione, invece illustrerà i reperti radiologici mettendoli in rapporto col quadro clinico e col trattamento operatorio. Parla del gruppo principale di malattie che emerge dalla propria statistica rappresentato dalla pertosse o dalla bronco-polmonite in pazienti, che erano stati colpiti dalle malattie esantematiche. Ricorda la possibilità del mutismo nella sintomatologia e fa presente nei suoi casi ben 33 volte lo sputo sanguinolento e ben 13 volte emoptoe in pazienti, nei quali non c'era alcuna traccia di tubercolosi. Riferisce le idee di Sauerbruch sulla frequenza delle *forme congenite* e sugli studi fatti nella Clinica berlinese, dice del trattamento operatorio cioè della lobectomia nelle forme congenite, localizzate, nella maggioranza dei casi, nel lobo inferiore sinistro (80 per cento) e delle basse mortalità.

Riguardo alle *forme non congenite* porta un'osservazione generale nel senso, che nei pazienti trattati colla frenicoexeresi, piombaggio e plastica si sono ottenuti i migliori risultati e l'alta mortalità era dovuta alla diffusione della malattia ed alle gravi complicazioni.

Ricorda che nel Congresso di Chirurgia dell'aprile di quest'anno, il prof. Sauerbruch ha riferito su ben 58 lobectomie con una mortalità di circa 10 per cento.

L'O. espone i dati clinici illustrandoli con molte proiezioni dei pezzi macroscopici e con belle radiografie.

### Risposta dei Relatori.

A. OMODEI ZORINI. — Ringrazia i vari OO. che hanno voluto partecipare alla discussione.

Col prof. Luisada ammette la possibilità che intervenga anche un fattore funzionale nella genesi delle bronchiettasie, nel senso di una disfunzione della capacità contrattile della parete bronchiale; tale deficienza non è però facilmente dimostrabile.

Col prof. Carpi è d'accordo per quanto si riferisce alla patogenesi; non per l'interpretazione che egli dà delle bronchiettasie conclamate come di forme già complicate da ascessi o gangrena polmonare. Questa fase « ascessuale » interviene in un terzo tempo quando si manifesta il quadro della « tisi bronchiettasica ». Nei riguardi delle indicazioni del pneumotorace l'O. precisa il suo punto di vista (rispondendo alle obbiezioni di Carpi e di Varisco): secondo lui il pneumotorace va tentato in tutti i casi di bronchiettasie unilaterali conclamate o larvate ed emoftoiche, senza però voler insistere quando dopo qualche mese di cura non si ottiene l'effetto desiderato, tanto più se la sacca pneumotoracica riesce controelettiva ostacolando il drenaggio bronchiale. I casi decisamente influenzati da pnx costituiscono la minoranza delle bronchiettasie dell'adulto. Ricorda l'opinione e l'esperienza di L. Kindberg nel campo curativo delle bronchiettasie, il quale tra pneumotorace e broncoscopoterapia, preferisce al giorno d'oggi la seconda terapia.

Al prof. Benedetti riferisce di non aver osservato nella casistica propria alcun caso di collasso massivo polmonare con bronchiettasie.

Ringrazia il prof. Micheli per l'appunto delle sue preziose osservazioni cliniche nel campo delle « piccole bronchiettasie ».

Il termine di « bronchiettasie larvate » adottato dall'O. va considerato in rapporto alla tubercolosi; si tratta di quadri clinici che possono simulare da vicino una forma tubercolare, specie per le emottisi frequenti, sotto una « maschera » pseudotubercolare si vela invece la larva « bronchiettasie ».

Ammette coi prof. Micheli, Sabatini e Cesa Bianchi che la terapia medica possa ottenere qualche successo; ma non certo definitivo.

È d'accordo col prof. Cesa Bianchi che il processo istopatologico delle bronchiettasie abbia inoltre analogia col quadro degli aneurismi da sifilide. Però si osservano casi iniziali di bronchietta-

sie acute infantili da pertosse o da morbillo, si trovano vasti processi infiammatori che colpiscono mucosa, parete elastica e muscolare (panbronchite) alterandone in toto la struttura senza poter scindere quale sia il processo iniziale. L'esperienza personale dell'O. non è favorevole ad una frequente eziologia luetica.

R. Alessandri (Roma). — Nella esposizione ha toccato l'argomento dell'ezio-patogenesi delle bronchiectasie, perchè l'apporto dei chirurgi a questo capitolo è stato veramente importante, ed ha riportato l'opinione di Sauerbruch che la grande maggioranza delle bronchiectasie sono congenite o sviluppate su basi congenite, ed è lieto che clinici come Micheli e Cesa-Bianchi siano della sua stessa idea: comunque anche per i reperti di Robinson che si accordano come quanto ha esposto il Carpi, ritiene che la maggior parte delle bronchiectasie congenite o meno, si iniziano con una lesione della parete bronchiale e possono quindi chiamarsi primitive; le secondarie da trazione, sono certamente in numero minore; la questione non è soltanto teorica poichè in queste la terapia radicale non è indicata, per lesioni pleuriche o polmonari.

Per quel che riguarda la diagnosi la radiografia in genere ha certamente grande importanza; ma giustamente Maragliano ha detto che il radiologo dà un reperto non fa la diagnosi, egli ha aggiunto che coi progressi di ora si può fare a meno dei mezzi di contrasto; ma in molti casi ritiene che questi siano ancora necessari.

La broncoscopia è di grandissimo valore, non solo diagnostico ma anche curativo, però non può che preparare i malati a un intervento radicale, non mai portare ad una guarigione salvo i casi di corpi estranei. È indicata nettamente in tutti quei casi in cui una terapia radicale non è possibile o consigliabile ed in questi casi va associata alla terapia medica, costituendone la parte principale.

Nelle bronchiectasie la terapia medica non potrà mai dare la guarigione ma solo un miglioramento; ma poichè la terapia chirurgica radicale non può essere sempre applicata, avrà certamente valore per questi casi. Il pneumotorace molte volte non si può fare, per le aderenze pleuriche, spesso è incompleto e quando può riuscire può darsi che talora dia buoni risultati. Però presenta dei pericoli in quanto le cavità suppuranti bronchiectasiche possono essere superficiali e per riuscire efficace dovrebbe essere prolungato anche per anni, come ha accennato il Varisco, e in questo caso sono anche più facili le infezioni.

Dei mezzi chirurgici di terapia collassante, la frenico exeresi è la più facilmente accettata; ma egli non ha detto, come ha affermato il Marcora, che dia in genere buoni risultati. Non è d'accordo con l'affermazione che porti a peggioramenti; però può portare un miglioramento temporaneo e in modo particolare nei casi di emottisi.

In 17 casi da lui operati solo in due ha avuto un certo miglioramento; crede però sia utile come primo tempo di altre operazioni specie nei casi in cui non vi sia una localizzazione superiore. La toracoplastica, il piombaggio sono operazioni che possono dare un certo risultato.

In qualche caso certamente dovremo continuare a fare queste operazioni, come si dovrà in altre limitarsi alla cura medica, ma non è questo il progresso che è rappresentato dalla lobectomia. Oggi i risultati che si sono ottenuti sono già molto soddisfacenti e lo saranno ancora più quando i malati ci saranno inviati in tempo debito. I risultati non ancora soddisfacenti da noi sono in relazione con l'evoluzione della tecnica e l'esperienza. Oggi è da ricordare che in mano a chirurgi esperti di questo intervento la mortalità è scesa a meno del 9 per cento.

Conclude che la cura della bronchiectasia nei casi adatti e non troppo avanzati debba essere la lobectomia.

A. Vallebona (Genova). — Non prende la parola per rispondere ad obiezioni, perchè alla di lui Relazione non ne sono state fatte, non certo perchè essa non ne meritasse, ma per la benevolenza dell'uditorio.

Deve però fare qualche chiarimento.

È stato detto che nel collasso massivo del polmone con bronchiectasie è sempre necessario eseguire la broncografia per l'intensa opacità del tessuto.

Ora non è già l'intensità dell'opacità che possa impedire il rilievo di bronchiectasie ma sono particolari caratteri di questa.

A questo proposito ha, nella relazione scritta, distinto due eventualità:

« Un addensamento uniforme del parenchima polmonare circostante alle bronchiectasie può rendere più facile il rilievo radiologico di cavità; sotto questo punto di vista un parenchima polmonare uniformemente opaco è preferibile alla complessa struttura del polmone normalmente areato; fatti sovraposti alle bronchiectasie che non danno una opacità uniforme, ma, ad esempio, una opacità a chiazze, possono ostacolare la visibilità del fatto cavitario bronchiectasico ».

Quindi si deve ammettere che anche nel collasso massivo del polmone si possono vedere le bronchiectasie, applicando una tecnica adatta, anche senza l'impiego della broncografia.

Per quanto poi riguarda le bronchiectasie da broncospirochetosi del Castellani, esse sono state dal R. considerate nella relazione scritta, almeno dal lato radiologico.

Nella discussione si è parlato di trattamento con le onde corte; il trattamento con queste può essere diretto non alla bronchiectasia, ma ai fatti infiammatori sovrapposti; già da tempo è da noi in esperimento tale cura nelle forme infiammatorie e suppurative polmonari, studio eseguito con la collaborazione del prof. Agnoli, e sul quale in seguito riferiremo.

Per quanto poi concerne l'importanza della broncografia prima di adire all'intervento chirurgico è perfettamente d'accordo col prof. Alessandri; ed ha infatti detto nella relazione scritta « anche nei casi diagnosticabili colla indagine radiologica semplice, rimane alla broncografia un indubbio valore nel permettere dei rilievi secondari (estensione, sede esatta, ecc.), rilievi eventualmente importantissimi per gli interventi chirurgici ».

Non gli rimane perciò che ringraziare il prof. Maragliano ed il prof. Alberti per le parole lusinghiere dette al riguardo della sua Relazione.

F. Lasagna (Parma). — Risponde brevemente ai colleghi che toccarono direttamente nelle discussione l'argomento delle sua relazione.

Al prof. Alberti definisce che il metodo usato di broncografia è stato eseguito davanti allo schermo radioscopico come egli consiglia e colla pinza faringea ideata dall'O.

Al sen. prof. Micheli chiarisce che l'interpretazione data da lui alla terapia broncoscopica è forse dovuta ad un lapsus oratorio di uno dei due rela-

tori. L'azione del medicamento non può essere che modificatrice dello stato purulento e della qualità del liquido che si ritiene per la sua viscosità coefficiente al formarsi e permanere della bronchiettasia, concetto esposto nel testo.

Al prof. CARPI ed agli altri che con lui affermarono essere la frenicoexeresi od il pneumotorace di azione curativa nelle bronchiettasie, ricorda come le recenti indagini *dirette* su quanto avviene in tale forma dimostra: 1) il riflesso tossigeno esiste nelle prime parti dell'albero respiratorio; 2) l'espulsione tossigena dei liquidi è particolarmente necessaria per la broncoscopia in cui il liquido è viscoso e contenuto in cavità prive di azione espulsiva. Ciò si osserva quando introducendo il broncoscopio si provoca la tosse e si vede uscire il liquido dalle estremità dell'albero bronchiale ed arrivare ai grossi e medii bronchi (dove giunge il tubo broncoscopico) e può essere aspirato dalla corrente aerea e spostato dalle ciglia vibratili, ecc. È pure stato dimostrato che se la tosse è sedata con la codeina la espulsione non avviene ed il processo peggiora; 3) il meccanismo di espulsione nelle bronchiettasie è stato recentemente illustrato dal JACKSON: egli stabilisce che la parte sana del polmone contraendosi durante la tosse agisce comprimendo violentemente sulla parte malata e contenente liquidi determina la fuoriuscita di essi, fenomeno paragonabile a quello che si svolge spremendo colla mano una spugna parzialmente imbevuta di acqua; 4) la frenicoexeresi studiata su nostri malati ha dato per il meccanismo di immobilizzazione del polmone e quindi di mancata spremitura del focolaio un peggioramento delle bronchiettasie. È a ritenersi che per la stessa ragione il pneumotorace (così dicono i broncoscopisti e chirurghi americani) sia dannoso nei bronchiettasici.

Fa osservare al prof. CARPI che il testo che ha presente del lavoro del JACKSON non attribuisce alla alterazione delle ciglia la mancata espulsione dei liquidi che egli con molta esattezza attribuisce alle funzioni elastiche muscolari aerogene, tussigene e cigliari insieme.

Al collega prof. SABATINI ricorda la premessa alla esposizione testè fatta della relazione: collaborazione diagnostica e terapeutica del broncoscopista con il medico e chirurgo da questi voluta con pieno convincimento che essa può giovare a guarire o migliorare certi casi di bronchiettasie altrimenti non trattabili: concetto che è stato oggi approvato dai colleghi proff. ALESSANDRI ed OMODEI-ZORINI come lo è già da tempo dai colleghi americani che ci indicarono la via da seguirsi nella cura delle bronchiettasie.

Ore 19 - 20 ottobre 1934.

Presidenza: Sen. MARAGLIANO.

## Le meteoropatie.

Prof. N. PENDE (Genova), Relatore.

Il Relatore comincia coll'affrontare, per la prima volta, la definizione clinica-patogenetica delle *vere meteoropatie* designandole come « quelle *reazioni morbose* per lo più localizzate, più raramente a forma di sindromi di tipo clinico definito, ma *protopatiche ed autonome* che si dimostrano in diretta correlazione cronologica e causale con le brusche variazioni del complesso meteorologico (complesso degli elementi dell'aria nel loro dinamismo) ». Esse sono individualizzabili clinicamente per un quadruplo ordine di criteri:

1) l'insorgenza acuta in coincidenza con bruschi mutamenti del tempo ed il ripresentarsi spesso nello stesso soggetto ad ogni ritorno della stessa o di altra reazione meteorologica;

2) il migliorare o guarire rapidamente col cessare delle condizioni meteorologiche scatenatrici, o col subentrare di condizioni meteorologiche di natura opposta;

3) il colpire nel tempo stesso, per es. nello stesso giorno, gruppi di persone anche in regioni lontane ma sottoposte alla stessa crisi atmosferica;

4) l'essere i soggetti colpiti preparati in modo evidente alla reazione meteorotropa da una speciale sensibilità costituzionale ed acquisita (soggetti meteorolabili).

Questa definizione permette innanzi tutto di separare le meteoropatie autonome costituenti stati morbosi a sè dalla infinita serie di malattie, le quali, pur avendo altra etiologia specifica, per es. una infezione acuta delle prime vie respiratorie, un crup laringeo, un'eclampsia, un attacco di angina, ecc. tuttavia per la sensibilità meteorologica del soggetto, e per il meccanismo neurovegetativo *sui generis*, che è base della reazione meteorotropa, presentano il fatto di essere scatenate dalle variazioni meteorologiche.

In altri termini il R. tiene a distinguere un meteorotropismo, che può esistere anche in organismi già malati d'altre malattie, o che può favorire l'aggressione da parte di agenti nati, dal gruppo di affezioni in cui la variazione meteorologica è il fattore determinante essenziale. Dal lato clinico il R. distingue perciò un primo gruppo di *sindromi meteoropatiche da venti speciali*, in cui studia la *sindrome del vento del sud e del sud-est della regione di Montpellier e Lione, la sindrome del föhn, la sindrome del vento delle coste brasiliane, la sindrome del levante, la sindrome da scirocco*, in un secondo gruppo colloca le *reazioni meteorotrope per passaggi di fronti ciclonici;* in un terzo gruppo crede provvisariamente di riunire gli accidenti, che si osservano in coincidenza del passaggio di grosse macchie solari sul meridiano del sole. Tale distinzione è per il Relatore naturalmente provvisoria.

Dal lato della patogenesi il Relatore insiste su due fatti essenziali: l'uno è che l'agente meteoropatico non è questo o quell'elemento del tempo, come variazione di umidità, di temperatura, di pressione barometrica, di polluzione atmosferica, di elettricità ecc.; bensì tutto il *complesso meteorologico* nella sua mutazione, così come avviene sopratutto nel passaggio di fronti ciclonici. L'altro fattore essenziale è il particolare stato di squilibrio neuroendocrino del soggetto, con esagerata eccitabilità del parasimpatico e di ipotonia del simpatico, squilibrio neurovegetativo associato per lo più ad insufficienza di alcune glandole, soprattutto della ipofisi, delle paratiroidi, delle surrenali, con relativa preponderanza degli apparati timico-linfatici e del tessuto insulare del pancreas. Dal lato terapeutico tale patogenesi consiglia una cura profilattica a base di rimedî, che moderano la vagoestesia ed elevano il tono del simpatico, concepito come il sistema della offesa-difesa verso l'ambiente esterno. Oltre all'atropina, agli ormoni ipofisari, paratiroidei e surrenali, il Relatore raccomanda soprattutto l'igiene di tali soggetti meteorolabili a base di cure fisioterapiche e climatoterapiche, che agiscono elettivamente elevando il tono del simpatico, come vita all'aria aperta in riva al mare od in alta montagna, esercizi muscolari, soprattutto degli arti inferiori,

cure di sole e di raggi ultravioletti, ed alimentazione con sufficiente reazione carnea, e soprattutto con limitazione dei carboidrati.

Prof. M. BUFANO (Genova), Correlatore.

Riferisce sulla *fisiopatologia sperimentale delle reazioni meteoropatiche.* Si preoccupa anzitutto di mettere bene in evidenza il concetto che l'indagine sperimentale in questo campo non è la più adatta per ottenere risultati sicuri, in quanto sperimentalmente si usa provocare variazioni dei coefficienti meteorici molto spiccate e diverse da quelle che si hanno spontaneamente. Ad es. l'indagine sperimentale sull'influenza delle depressioni barometriche è stata fatta nelle cabine stagno, oppure in alta montagna, attingendo di regola depressioni che non si hanno mai nelle variazioni meteoriche. L'influenza delle radiazioni è stata studiata o col sole in alta montagna, o con lampade a raggi ultravioletti o infrarossi, oppure con l'uso di sostanze radioattive, di raggi X, di intensi circuiti oscillanti specie ad onde corte.

Pur tuttavia sono, per quello che è necessario, esposte dettagliatamente le nozioni che si possiedono sulle influenze organiche dei vari coefficienti meteorologici (radiazioni, elettricità atmosferica, depressione barometrica, temperatura ambiente, umidità atmosferica). Tenendo ben presente che per effetto di variazioni meteoriche le influenze di un coefficiente meteorico non agiscono mai da sole, ma sempre insieme alle altre degli altri coefficienti, e che la risultante non è mai la somma algebrica delle singole influenze dei singoli coefficienti, ma è diversa poichè i vari coefficienti meteorici fanno variare reciprocamente le loro influenze.

Il relatore conclude la sua rassegna critica, ponendo questi capisaldi:

1) nelle variazioni meteoriche non è la sola depressione barometrica che agisce, quindi è improprio denominare le meteoropatie « ciclonosi » o « ciclonopatie »;

2) non si può ritenere sicuramente dimostrato che le depressioni barometriche che si hanno in pianura possono agire di per sè stesse, sia per turbe meccaniche, sia inducendo una carenza di ossigeno anche minima sull'organismo;

3) la luce è un fattore le cui variazioni determinano più malattie climatiche o stagionali che meteoropatie vere e proprie;

4) grande importanza deve avere lo stato elettrico dell'atmosfera, come risulta dalle recentissime esperienze eseguite facendo respirare aria diversamente ionizzata;

5) molta importanza deve essere riconosciuta alla temperatura e all'umidità atmosferica nell'etiopatogenesi delle meteoropatie;

6) è sicuro che i coefficienti atmosferici agiscano sull'organismo quasi esclusivamente attraverso la cute e la superficie mucoso-alveolare dell'apparato respiratorio;

7) l'azione dei coefficienti atmosferici si esplica attraverso reazioni del sistema nervoso della vita vegetativa sia centrale che periferico;

8) le meteoropatie sono pertanto essenzialmente delle neurosi vegetative;

9) ha pertanto importanza nell'etiologia delle meteoropatie la costituzione endocrino-neurovegetativa dei singoli individui, in quanto solo sugli individui non equilibrati sul sistema endocrino-neuro-vegetativo i cambiamenti meteorici possono scatenare reazioni morbose;

10) il momento costituzionale ha quindi nelle meteoropatie essenziale importanza.

**Discussione della Relazione.**

E. MARAGLIANO (Genova). — Dalle relazioni dei proff. Pende e Bufano risulta che l'azione dei vari agenti meteorici si esplica svegliando reazioni morbose, nelle persone che per condizioni speciali di deficienza dei loro tessuti, divengono sensibili ad esse, mentre organismi in piena efficienza non ne risentono. Sono quindi speciali ed individuali condizioni del terreno organico che rendono possibili le metereopatie, e a tale proposito è necessario segnalare la parte che ebbero gli studi di Maestri Italiani nello stabilire questa verità, studi che iniziati dal De Giovanni, proseguiti dal Viola, dal Pende e da altri suoi allievi portarono sempre a nuove affermazioni oggi universalmente riconosciute.

Il prof. Pende ha segnalato che è la deficienza del sistemo nervoso-vegetativo la responsabile dell'insorgenza delle meteoropatie e l'O. ritiene esatto tale concetto. Si posseggono già del resto dimostrazioni sperimentali dell'influenza del sistema nervoso nella genesi della immunità ed i fattori meteorici possono colla mediazione del sistema nervoso in date condizioni provocarla.

La sintesi del prof. Pende, dalla quale balza fuori la forma morbosa delle metereopatie, è la ennesima prova di una grande verità, che i poteri pubblici in Italia da oltre mezzo secolo ad oggi hanno sempre misconosciuto: il diritto della Clinica ad essere ritenuta Scienza. Si credette erroneamente che le conoscenze biologiche fossero il solo contenuto scientifico della medicina e che stralciatene queste, nulla vi fosse più in esse di veramente scientifico. Errore che deve essere corretto e speriamo che lo sia dal Governo Fascista.

M. MESSINI (Roma). — A proposito di quanto affermato dal prof. Pende che i soggetti particolarmente disposti alle metereopatie presentano una relativa preponderanza funzionale del sistema timo-linfatico e dell'insulina, una tendenza alla ritenzione idrico-salina nei tessuti, l'O. desidera ricordare ricerche da lui eseguite per cui è riuscito a dimostrare che il sistema timo-linfatico esercita una funzione tendente ad aumentare il contenuto idrico-salino nei tessuti, inquanto negli animali privati di timo, il detto contenuto idrico-salino diminuisce nella pelle e nel sottocutaneo ed i derivati timici tendono a diminuire la diuresi. Ciò quindi confermerebbe quanto veduto dal prof. Pende e cioè che nei soggetti metereosensibili e che hanno spesso le note dell'abito timo timico-linfatico, vi è la tendenza al turgore, all'imbibizione, alla ricchezza idrico-salina dei tessuti.

Circa l'interpetrazione patogenetica della morte timica l'O. ricorda di aver sostenuto, in base a sue ricerche, l'importanza di un fattore vagale di origine timica: ora negli individui metereosensibili, i quali come è stato detto, possono andare incontro a morte improvvisa, esiste appunto come ha ricordato il Relatore, una ipereccitabilità del sistema parasimpatico.

MARINUCCI (Napoli). — Riferisce alcune sue ricerche sul comportamento del metabolismo basale in rapporto alle variazioni dei venti e dei rapporti dello stato timo-linfatico con la gravidanza.

F. MICHELI (Torino). — Ritiene opportuna la distinzione fatta dal prof. Pende delle metereopatie in primitive e secondarie, per quanto esse

siano naturalmente legate da tutta una gamma di gradazioni insensibili.

La Clinica rileva quasi giornalmente alcune condizioni morbose cui è difficile negare la subordinazione a circostanze in qualche modo connesse a variazioni del complesso metereologico: basti ricordare la comparsa frequente dell'emorragia cerebrale già rilevata dai vecchi medici in seguito a variazioni atmosferiche e così pure note sono le emottisi in serie, osservate nei Sanatori.

Ma oltre a tutto ciò già abbastanza noto, l'O. desidera ricordare altri fatti non meno importanti dal punto di vista biologico su cui è stata fissata fin'ora meno l'attenzione, come ad es. la frequenza della meningite tbc. in primavera, circostanza che secondo AA. recenti, si ripeterebbe pure per gli infiltrati precoci, il che però non sembra all'O. del tutto dimostrato. Infine è da tener presente ancora la periodicità di alcune ulceri, in specie duodenali, in primavera ed in autunno particolarmente. Più netta ancora è l'influenza che la stagione esercita sul diabete mellito, naturalmente sceverata da quella di variazioni alimentari, di fattori emotivi, ecc. come l'O. ha più volte potuto constatare nella di lui Clinica.

Appare quindi come il problema sia di estremo interesse pratico e meritevole di ricerche sistematiche, perchè quanto sino ad ora risulta sta a già provare come accanto ai fattori ambientali si debba tener conto anche delle influenze meteoriche.

G. SABATINI (Sassari). — L'O., che da molti anni si occupa dell'argomento, ricorda anzitutto come debbano essere ben distinte le variazioni morbose stagionali da quelle metereopatiche: ad es. sono note le riacutizzazioni delle turbe dei colelitisiaci in ottobre-novembre ed in febbraio-marzo. Così pure l'O. ricorda come a chi abbia avuto occasione di frequentare le sale deposito dei centri ospedalieri, come egli ha fatto per molti anni, non sia sfuggito certamente il fatto di notare vere epidemie di alcune malattie in determinati periodi stagionali.

D'altra parte ricorda infine come sia anche noto che vi siano dei giorni di vera iattura chirurgica degli operati, sì da ammettere un vero rapporto tra influenze meteoriche e interventi chirurgici e forse non sarà lontano il momento in cui ciò sarà preso nella dovuta considerazione.

A. LUNEDEI (Firenze). — L'O., studiando i rapporti tra variazioni metereologiche e scompenso cardiaco, ha potuto notare un aumento dei casi di morte nei periodi di abbassamento della temperatura.

L'influenza di azioni meteoriche l'O. riferisce di aver notato anche in tutte quelle sindromi morbose, in cui si ritiene in giuoco un fattore angiospastico e così pure l'influenza stagionale sulla morbilità sembra che debba essere valutata in rapporto al variare stagionale dell'alimentazione e del contenuto vitaminico degli alimenti e della razione alimentare.

M. RIGONI (Bologna). — Mediante una statistica estesa a tutti i degenti nella Clinica Medica di Bologna nel triennio 1931-34, l'O. pone in evidenza alcune oscillazioni di periodo stagionale, semestrale ed annuale di fenomeni di comune rilievo nell'esame clinico dei malati, come l'intradermoreazione, l'eosinofilia percentuale, la pressione arteriosa e la secrezione urinaria.

Discutendo sulla causa prima di tali ritmi a lungo periodo, l'O. insiste sull'importanza preponderante di un attività cellulare centrale autonoma evolvente a lunghi periodi.

L. SPOLVERINI (Roma). — L'O. premette anzitutto che come pediatra può affermare, che l'organismo del bambino si presta meglio di ogni altro allo studio delle influenze metereologiche morbose. Così ad es. i bambini allattati artificialmente sono più soggetti alle influenze meteoriche che quelli ad allattamento naturale.

Della efficacia curativa di climi adatti, sui quali ha parlato il R., è soggetto dimostrativo il bambino, il quale si giova più specialmente del clima di montagna.

Ore 15 - 20 ottobre.

Presidenza: Sen. MARAGLIANO.

**Continuazione della Discussione.**

F. CIOFFI (Napoli). — Ringrazia i proff. Pende e Bufano per essere stato ricordato nelle loro relazioni e si trova d'accordo con loro per il termine di Metereopatie, anzichè quello di Ciclonopatie. Ritiene infatti che occorra coordinare, d'accordo con i metereologi, tutta una nomenclatura, una definizione qualitativa dei fenomeni atmosferici. Così ad es. il famoso *vent du midi*, definito caldo-secco, dovrebbe chiamarsi di Sud-Est o di Sud-Ovest perchè venendo dalle Alpi dei Pirenei, è possibile che sia asciutto, in quanto deposto la umidità sui monti, si carica poi di caldo sulla pianura del Rodano.

L'O. pensa quindi che lo studio della metereologia medica deve essere seguita contemporaneamente nei suoi diversi fattori, tenendo sempre presente che questi difficilmente possono scompagnarsi. Una temperatura calda, con contenuto igrometrico elevato deve necessariamente accompagnarsi ad uno stato elettro-ionico speciale, ad una speciale pressione atmosferica e quindi per es. non si potrebbe accordare un vento di borea con una umidità eccessiva.

Lo studio della metereologia medica esige una familiarizzazione dei medici con le più elementari nozioni metereologiche e l'O. ritiene che quando le storie cliniche saranno metodicamente accompagnate con una nozione sulle condizioni giornaliere atmosferiche, potranno allora scaturire anche le leggi che governano l'influenza dell'ambiente cosmico sul nostro organismo.

V. ROMANIN (Trieste). — I relatori hanno ben distinto le metereopatie protopatiche ed autonome dalle svariate altre forme morbose, che fino ad ora erano state classificate nelle sindromi metereotrope.

L'O. ricorda fra queste le malattie reumatiche e fra esse il reumatismo cronico in cui il fattore metereotropo, come ha detto il prof. Pende è si un fattore condizionale importante, provocatore, ma non è il fattore specifico, necessario, costante.

L'O. ha eseguito indagini allo scopo di studiare le manifestazioni dolorose nel reumatismo cronico in rapporto al clima di Trieste, clima oltremodo variabile ed ha potuto osservare un massimo stagionale di predilezione durante i mesi primaverili, il che lo induce a prospettare anche in tal senso quella particolare ipereccitabilità neuro-vegetativa che il prof. Pende ha riscontrato nelle costituzioni umane metereoestesiche.

Cercando poi di valutare l'influenza dei fenomeni metereologici giornalieri o periodici nella produzione dei dolori nel reumatismo cronico, l'O. è giunto alla conclusione che è possibile ammettere una particolare sensibilità meteorica, ma più verosimilmente debbono attribuirsi all'azione morbosa multipla, segnalata dal prof. Pende del complesso metereologico nelle sue crisi acrodinamiche.

L. DE LISI (Cagliari). — Riconosce utile la distinzione fra metereopatie protopatiche e deuteropatiche, ma insiste sulla maggiore importanza che hanno in pratica queste ultime e sulla migliore possibilità che esse offrono a una ricerca sistematica e di riferimenti anatomo-clinici.

In fatto di malattie cerebrali, l'O. ha inteso parlare d'influenze atmosferiche sull'apoplessia: ora egli vorrebbe richiamare l'attenzione sulla particolare metereolabilità dei malati del sistema extrapiramidale e sopratutto degli encefalitici adulti affetti da parkinsonismo o degli encefalitici molto giovani affetti da mutamenti del carattere e da stati di agitazione psicomotoria notturna. L'O. vorrebbe poi fermarsi sulle svariate metereopatie dei numerosissimi soggetti nevrosici perchè metereopatici sono assai spesso i comuni neuropatici. Tale constatazione porta al punto culminante della concezione patogenetica, decisamente approntata dai Relatori con la messa in valore dell'elemento costituzionale neuro-vegetativo e principalmente della costituzione parasimpaticotonica, come la più esposta a risentire le influenze meteoriche patogene. L'O. ha l'impressione che siano svariate le categorie di soggetti nevrosici che possono venir colpiti da sofferenze metereopatiche.

L'O. nota infine come nelle ricerche sulle metereopatie non siano state fatte ancora indagini sistematiche sul liquido cefalo-rachidiano, che per la sua natura e per il suo ufficio sembrerebbe esposto a risentire e forse destinato a regolare certe influenze dell'ambiente esterno sul sistema nervoso.

L'O. con quanto ha detto non intende di aver mosso obiezioni, ma semplicemente di aver esposto idee suscitate dalla relazione, che rappresenta senza dubbio un punto di partenza per ulteriori sviluppi del problema.

G. L'ELTORE (Roma). — Le brillanti relazioni dei proff. Pende e Bufano non consentono particolari rilievi per cui l'O. si limita a riferire sull'influenza dei vari fattori meteorici sull'andamento della tubercolosi nella città di Roma per gli anni 1931-32 e 33. Conviene che solo il complesso di tutti i coefficienti atmosferici possono influire sulla salute dei malati di petto, ma in modo particolare va data importanza alla velocità del vento, quando agisca in modo permanente e sistematico senza presentare ampie oscillazioni nelle varie ore della giornata.

**Risposta del prof. Pende.**

È lieto dell'adesione del prof. Messini, cultore di fisiopatologia timica, al concetto che lo stato timolinfatico favorisca le crisi ipoglicemiche e la vagolabilità con ritenzione d'acqua nei tessuti, e la possibile morte improvvisa per inibizione ventricolare: ciò può avvenire per brusche variazioni del tempo.

Interessanti le osservazioni cliniche del Marinucci sui rapporti tra scirocco ed eclampsia, tra scirocco coll'abbassamento del metabolismo basale e della pressione arteriosa ed oliguria e maggiore alcalosi, e sui rapporti tra eclampsia e vagotonismo e sull'analogia dello stato gravidico con lo stato timolinfatico. Tutto ciò conferma lo studio del relatore sulla predisposizione dei vagolabili ed idrolabili e timolinfatici con certi venti caldi.

Preziosa l'osservazione del Micheli sulla frequenza dell'infiltrato polmonare precoce in coincidenza con la primavera, e sulla maggiore recidività dell'ulcera duodenale in primavera ed autunno: in quanto è noto che l'infiltrato precoce come risulta dagli studi di Kurt Clare sui bambini è manifestazione essudativa propria delle costituzioni neuroartritiche vagolabili, e che anche l'ulcera duodenale è trofoneurosi a sfondo vagale spasmofilo.

Le osservazioni del Sabatini sulla maggiore frequenza di gruppi di certe malattie nelle sale d'accettazione in certi giorni e non in altri dimostrano le realtà cliniche delle influenze meteorotrope; e così pure l'accumularsi in certi giorni dei disastri chirurgici, per cui giusta la proposta del Sabatini che i chirurgi tengano conto del bollettino meteorologico.

Le osservazioni del Lunedei che su 5200 casi di morti per scompenso cardiaco non ha trovato coincidenza con brusche variazioni barometriche giornaliere, ma che la curva di mortalità segue la curva dell'abbassamento della temperatura presenta delle contradizioni: difatti egli trova un rialzo della frequenza di mortalità nel giugno e luglio. È tuttavia interessante che si distacca dalle altre cause di morte quella dell'angina di petto.

Il Rigoni ha riportato esperienze dimostranti il massimo della reattività tubercolinica in primavera ed autunno, il massimo della pressione arteriosa massima in primavera e novembre, e l'eosinofilia stagionale, e così il ritmo stagionale dissociato tra quantità urinaria e densità. Ma queste variazioni stagionali così bene studiate dal Rigoni non possono identificarsi alle variazioni meteorotrope.

Concordi col relatore sono le osservazioni pediatriche dello Spolverini, che trova precisamente esposti a subire le influenze meteorotrope sopratutto i bambini allattati artificialmente ed idrolabili con facile disidratabilità dei tessuti, e come il relatore, ritiene ottimo correttivo di tali costituzioni infantili meteoropatiche l'alta montagna.

Il Cioffi propone giustamente la collaborazione tra cliniche e gabinetti meteorologici, e non pare partigiano troppo della *teoria frontale o ciclonica* della meteoropatia, sostenuta specie dai tedeschi. Anche il relatore crede occorra tenere per ora distinte, come è stato fatto nella relazione, le varie mutazioni atmosferiche.

Le osservazioni di De Lisi sui rapporti tra meteore e psicopatie, epilessia, malattie extrapiramidali, si accordano coll'azione elettrica segnalata dal Relatore delle influenze meteorotrope sui processi spasmofili in genere, forse attraverso mutamenti del ricambio calcio-fosforo, e dell'equilibrio ormonico-neurovegetativo.

Anche le psiconeurosi ossessive segnalate come meteorosensibili dal De Lisi trovano conferma nella facile insorgenza di idee ossessive nei soggetti ipocalcici ed ipoparatiroidei, presentanti spesso quelli che il Pende ha chiamato *spasmi psichici.* Utile è la proposta del De Lisi di studiare nelle meteoropatie le variazioni del liquor.

Le osservazioni del Romanin sulle variazioni dei fatti reumatici in rapporto allo spirare della bora a

Trieste confermano le ricerche di Feige e Freund, perchè anche qui non v'è parallelismo tra acutizzazione di dolori ed abbassamento termico, ma per lo meno occorre l'associazione del fattore umidità e della brusca depressione barometrica. D'accordo col relatore è pure l'osservazione del Romanin, che lo spirare della bora anticiclonica fredda e scura si accompagna ad aumentato senso di benessere mentre è la bora umida ciclonica come pure lo scirocco ed il levante che riescono dannosi.

Da ritenersi le osservazioni di L'Eltore sul rapporto tra soffiare di vento ad una certa velocità uniforme per tutta la giornata e peggioramento dei tubercolosi: ciò d'accordo con quanto ha segnalato il relatore circa l'importanza specifica di certi venti come patogeni in soggetti sensibili, dato che il vento ad una certa velocità e durata può agire sull'organismo trasportando da alcuni strati atmosferici molecole ionizzate e pulviscolo, che poi suscitano nell'organismo reazioni morbose.

**Comunicazioni.**

Prof. G. PANEGROSSI (Roma). — *Sulla così detta « cura bulgara » del parkinsonismo postencefalitico* (nota preliminare). — L'O. riferisce i risultati da lui ottenuti con questa cura in sei mesi dacchè la sta sperimentando al Policlinico, sotto gli alti auspici di S. M. la Regina.

Premette che tale cura non è nuova (è conosciuta da circa otto anni e da quest'epoca è stata praticata qua e là in varî paesi, compresa l'Italia ed anche a Roma) e va sotto questo nome perchè ideata da un bulgaro ed essenzialmente costituita dalla somministrazione per via enterale di una decozione di radici di solanacee (prev. belladonna) provenienti dalla Bulgaria, pur comprendendo anche numerose regole e prescrizioni (dieta atossica, astensione assoluta dagli alcoolici, dal fumo e dal caffè, speciali pratiche idroterapiche, ginnastica, massaggio, ecc.), la cui osservanza o meno da parte dei pazienti può decidere del successo.

Unico inconveniente di questa cura è la necessità che essa venga iniziata, e per un certo tempo condotta, in un ospedale, in una clinica od altro luogo di cura, sotto un'assidua ed intelligente sorveglianza: e ciò per la forte tossicità e il variabile contenuto in principî attivi di queste radici, per la diversa tolleranza da parte dei pazienti, per i danni che ai medesimi, senza queste precauzioni, esse potrebbero in un primo tempo procurare (in altre mani si sono avuti dei morti).

Questa cura non è diretta contro l'encefalite epidemica, ma contro i postumi della medesima e precisamente contro il parkinsonismo postencefalitico. Essa non ha qui azione specifica, ma solo sintomatica; anzi è come cura di recupero che si deve considerare. Come cura sintomatica, come cura di recupero, però, è risultata all'O. la migliore di quante siano state tentate contro questa malattia. Particolarmente efficace essa si è addimostrata contro la rigidità muscolare ed i fenomeni che ordinariamente l'accompagnano (fissità del volto e dello sguardo, amimia, bradikinesia fino all'immobilità assoluta, braditeleokinesia, disturbi della voce e della parola, ecc.). È così che si son visti in pochi giorni rimuoversi, ricamminare, rimangiare da soli, riscrivere, riparlare, malati che da tempo non erano più in grado di farlo. Migliorati sono pure in tutti i pazienti i fenomeni ipercinetici (tremore, tics, crisi toniche oculogire, ecc.) e la scialorrea (nella generalità dei casi rapidamente e definitivamente scomparsa). In tutti è tornata più viva l'intelligenza e subito risollevato si è il morale.

Il miglioramento è stato in genere assai rapido, a volte in modo sorprendente, nei primi giorni, poi è divenuto più lento, ma dopo sei mesi, sia pure con alternative in più e in meno, continua a progredire. Non si tratta quindi di risultati effimeri, transitori, come « a priori » si sarebbe potuto temere.

Un vantaggio che ha questa cura su quella degli alcaloidi attualmente in uso in simili casi, è di poter essere sospesa anche per qualche giorno, per qualche settimana senza che i malati ne risentano danno.

I disturbi prodotti dalla cura si sono ridotti a quelli soliti da solanacee e neanche gravi, avvertiti solo nel periodo dell'assuefazione al rimedio.

Incidenti spiacevoli l'O. non ha mai avuto.

Previsioni sui risultati finali per il momento egli non può fare: solo può presumersi che continuando la cura a lungo, in alcuni casi indefinitamente (cosa che non può spaventare dato il suo mite costo e la sua innocuità sempre maggiore a misura che l'assuefazione si consolida), i malati potranno vivere assai meglio di quanto finora hanno vissuto e in qualche caso riprendere anche, almeno in parte, la loro attività.

L'O. termina la sua comunicazione augurandosi che questa cura possa in breve essere estesa a tutti gli individui affetti da questa malattia che sono ancora in vita (e sono qualche migliaio) e specie a quelli più passibili di recupero.

Esauriti i lavori del Congresso, prende la parola il sen. MARAGLIANO, per congratularsi del successo da esso raggiunto. Il Consiglio Direttivo della Società ha sempre di mira che i Congressi annuali portino un chiarimento sui problemi più importanti che di volta in volta si presentano nella pratica medica ed anche questo anno i Relatori hanno assolto il loro compito nel modo più completo. Altro scopo è quello di dar modo alle varie Scuole di dimostrare la loro attività e non a caso, infatti, sul Programma del Congresso i lavori sono stati elencati sotto l'egida della Scuola da cui provengono, affinchè il Paese possa vedere l'indirizzo delle varie Scuole, che non è per nulla inferiore a quello delle Scuole straniere, anzi in qualche cosa superiore. Ricorda che all'indomani i Congressisti si recheranno a Littoria, a vedere quelle che un tempo furono le Paludi Pontine, oggi scomparse per volere dell'Uomo insigne che regge provvidenzialmente le sorti del nostro Paese.

Il sen. MARAGLIANO coglie quindi l'occasione per invitare i Congressisti a rivolgere il pensiero riconoscente al Capo del Governo che tanto ha potenziato gli studi medici in Italia ed il Congresso si chiude inviando un vibrante saluto al Duce.

(Il resoconto della seduta in comune è stato redatto in collaborazione con il prof. P. VALDONI).

* * *

A sede del prossimo Congresso è stata scelta Bologna.

I temi all'ordine del giorno sono:

1) Sistematizzazione clinica degli itteri;
2) La magrezza costituzionale;
3) Le mediastiniti acute e croniche (in comune con la Società Italiana di Chirurgia).

A. POZZI.

## XLI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Ore 9, 20 ottobre.

Presidenza prof. ALESSANDRI.

(*Continuazione e fine; v. num. prec.*).

### Comunicazioni.

MELINA F. (Messina). — *Calcolosi delle grosse vie biliari. Coledoco ed epaticotomia; colecistendisi. Guarigione.* — L'O. espone un caso di calcolosi delle grosse vie biliari in cui egli praticò la coledoco-epaticotomia e la colecistendisi. Come in altri casi di calcolosi del coledoco da lui operati, egli ricorse alla sutura primaria di tale dotto e questa volta anche dell'epatico, lasciando un piccolo drenaggio in vicinanza della sutura e ritirandolo dopo qualche giorno appena cessata la filtrazione di bile.

Nei casi in cui si accompagnava calcolosi della cistifellea eseguì l'asportazione di questa perchè molto alterata. Nel caso in particolare, non contenendo la vescichetta che pochi e piccoli calcoli ed avendo un aspetto pressochè normale, egli ricorse alla colecistendisi.

L'O. con la sutura primaria del coledoco, o di questo e dell'epatico ottenne sempre una guarigione rapida e pertanto, quando esiste la pervietà dello sbocco nel duodeno e non ci siano controindicazioni di altra natura, la crede molto opportuna. Quando, come quasi sempre avviene, coesiste calcolosi della cistifellea, se questa si presenta poco o nulla alterata ed il cistico è pervio, crede giusto conservarla alla sua funzione dopo liberata dai calcoli mediante colecistotomia o colecistendisi.

ROSSI C. (Palermo). — *Su talune forme di pancreatite cronica studiate mediante la biopsia.* — L'O. dopo avere ricordato che nella patogenesi della pancreatite cronica, domina oggi il concetto della dipendenza, almeno in un gran numero di casi, di questa da un'ulcera gastro-duodenale o da una affezione infiammatoria delle vie biliari, sostiene come debba prendersi in considerazione anche quel processo peritonitico cronico che partito da un'appendicite in atto o pregressa è capace di colpire contemporaneamente o successivamente vari visceri addominali (Sindrome addominale destra di Leotta).

In un precedente studio basato su l'indagine funzionale del pancreas aveva dimostrato che in circa il 50 per cento di queste lesioni poliviscerali addominali di origine appendicolare, indipendentemente dalla coesistenza di un'ulcera o di una colecistite, esistono i segni di una sofferenza pancreatica. Ritiene ora di dare la dimostrazione di questa sua affermazione avendo studiato 12 casi di tali sindromi addominali destre semplici mediante lo studio istologico del pancreas, fatto con la biopsia, che ritiene un innocuo mezzo di indagine del pancreas. In 7 casi ha trovato lesioni consistenti in sclerosi peri ed intralobulare di origine canalicolare e vascolare, cicatrici connettivali che sostituscono il parenchima, modiche lesioni degenerative delle cellule, estrema rarità, in taluni casi assenza, delle isole di Langerhans.

ZANARDI F. e PREVITERA A. (Milano). — *Esame funzionale e lesioni istologiche del fegato nelle affezioni delle vie biliari extra-epatiche.* — Concomitante alle colecistiti calcolose esiste quasi sempre una epatite, di grado molto vario, senza nessun distintivo, almeno nei casi da noi esaminati, con le epatiti tossi infettive ematogene; quindi nulla ci autorizza a pensare ad un processo ascendente, per infiammazione delle vie biliari intraepatiche; ma nulla ci autorizza d'altra parte a credere che tale epatite sia primitiva o preponderante sull'affezione extraepatica; al contrario, il fatto che il grado dell'epatite sia *grosso modo* proporzionale al processo colecistitico, e si mantenga in limiti modesti, come dimostrano i risultati delle prove funzionali, anche in casi di grave affezione colecistica, ed infine che le stesse prove funzionali, anche in casi di grave affezione colecistica, ed infine che le stesse prove funzionali ripetute a sufficiente distanza di tempo dall'operazione, ci indichino un miglioramento o una regressione completa dell'alterazione epatica, tutto questo sta, a nostro parere, per *una sofferenza secondaria del fegato*, provocata da tossici batterici o da alterato ricambio, convogliati dal sangue della vena porta e forse anche dell'arteria epatica; non provocata direttamente dall'agente infettivo, giacchè le colture di frammenti di fegato, quando eseguite, risultarono sempre sterili.

Nello stesso senso noi interpreteremmo le epatiti od epatosi lievi, riscontrabili in casi di colecistiti semplici, pericolecistiti, appendico-colecistiti, contraddistinte dai medesimi caratteri che le precedenti; a parte l'infiltrato infiammatorio minimo o assente e, in genere la gravità molto minore delle lesioni.

A tutt'altro ordine di fenomeni, per quanto la patogenesi sia forse identica, appartiene il caso di epatite acuta febbrile, descritto dal nostro Maestro, cioè alle *epatiti primarie*, con scarsa o nessuna compartecipazione delle vie biliari. Il caso incluso nella nostra serie è veramente iniziale e lieve per quel che concerne le lesioni istologiche; ma come tale forma possa evolvere, sempre conservando il carattere di epatite primitiva e potendo simulare il quadro clinico di una grave colecistite, risulta chiaro dagli altri due casi pubblicati dal prof. Donati.

RINDONE A. (Palermo). — Le epatiti da colecistite sono uguali, per l'aspetto istologico e per la patogenesi, alle epatiti che complicano l'ulcera gastrica o duodenale o l'appendicite cronica, o la pericolite e ciò si spiega con l'associazione costante di queste varie affezioni secondo la nota concezione del Leotta.

ALESSANDRI R. (Roma). — *Legatura dell'arteria splenica.* — L'O. accennata una breve storia della legatura dell'arteria splenica afferma che la legatura deve essere fatta sul tronco della arteria splenica al disopra del pancreas e non sui rami terminali. La legatura dell'ilo è certamente più difficile e può essere pericolosa per il valore terminale dei rami arteriosi. Non sostiene la legatura in confronto della splenectomia, perchè quando questa è possibile e facile è certamente da preferire. Osserva a questo proposito che la maggior parte delle legature sono state praticate in casi di trombopenia, dove la splenectomia è facile, per il piccolo volume della milza e l'assenza in genere di aderenze. Vi può essere forte anemia, ma a questo si provvede colla trasfusione. Invece nell'ittero emolitico e più nelle sindromi epato-spleniche (Banti e simili) per il volume della milza, per le frequenti aderenze e per le condizioni generali del soggetto, la splenectomia è spesso grave e difficile, e in questi casi d'accordo col Greppi, crede indicata la legatura.

L'ha praticata 7 volte in casi simili e sempre molto facilmente con nessun caso di morte o di alterazioni necrotiche della milza.

Presenta poi un malato operato di ulcera duodenale e splenomegalia da lui operato con sindrome di ittero non però a tipo emolitico e con reperto (biopsia) di cirrosi epatica e di splenomegalia tipo bantiano che ha trattato in un tempo con la resezione gastrica e con la legatura dell'arteria splenica ottenendone soddisfacente risultato.

Accenna ad altri casi di presenza di ulcera duodenale con splenomegalia di questo tipo, ponendo in evidenza questa combinazione delle due lesioni.

Chiarolanza R. (Napoli). — *Le cisti del pancreas.* — La diagnosi delle cisti pancreatiche non è sempre facile, anche sulla scorta di un accurato esame radiografico. Sopratutto, ai fini chirurgici, non sempre possono precisarsi i rapporti con gli organi coi quali la cisti prende contatto. Il che significa che il chirurgo è obbligato a determinare, ad addome aperto, quale tecnica meglio convenga. L'asportazione totale della cisti — quando possa eseguirsi senza speciale difficoltà — è il trattamento ideale. Altrimenti è preferibile marsupializzare.

La marsupializzazione rappresenta uno degli interventi più sicuri, anche se può esporre ad inconvenienti (fistole, recidive, ecc.), che però si possono per lo più evitare con opportuni accorgimenti.

Anzilotti G. (Livorno). — La scelta del metodo di terapia delle cisti del pancreas dipende dalla natura delle cisti. Nelle vere cisti bisogna fare l'asportazione; nella pseudocisti è bene fare la marsupializzazione. Ha operato vari casi di cisti del pancreas; in uno ha potuto in mezzo a molte difficoltà fare l'estirpazione, che almeno libera l'ammalato rapidamente e lo ridà alla vita sociale. Perciò cercare sempre di fare la estirpazione e lasciare tale metodo solo usando sia tecnicamente impossibile. In un caso ha adoperato la via lombare. In un caso in cui era rimasta una fistola ha ottenuto guarigione colla estirpazione del condotto e della piccola cavità residua.

Chiarolanza R. (Napoli). — Il prof. Anzilotti ha perfettamente ragione quando afferma che la natura della cisti deve decidere della indicazione operativa. Purtroppo questa natura non è facile stabilire, anche ad addome aperto, ed allora è solo la possibilità tecnica quella che decide del tipo di intervento.

Il caso da lui ricordato entra nella categoria di quelli nei quali vi è stata la possibilità della escissione totale.

L'apertura per via lombare da lui fatta della cisti, nell'altro caso, dopo la laparotomia mediana, forse si sarebbe potuta risparmiare, distaccando lo stomaco dal colon, e penetrando per la stessa breccia sulla retrocavità degli epiploon. Però riconosce che l'operatore è il giudice migliore dell'opportunità della via prescelta.

Quanto poi alla fistola residuata in un suo caso, ed escissa, dice che egli è stato fortunato; perchè ognuno sa quali difficoltà, in linea di massima, esistono per simili escissioni.

Lauro A. (Palermo). — *Sulle alterazioni funzionali del fegato nelle sindromi associate dell'addome destro (funzione glicogenetica).* — L'O. ha studiato le alterazioni della funzione glicogenetica del fegato in ammalati affetti da forme varie di sindrome addominale destra. Dopo aver messo in evidenza le difficoltà che si incontrano nello studio delle funzioni epatiche, ritiene che il metodo di scelta, tra quelli conosciuti, sia rappresentato dalla iperlevulosemia alimentare.

I risultati ottenuti con questo metodo sono stati positivi nell'83 per cento dei casi, mentre la prova di controllo eseguita con il glucosio ha dato risultati positivi nel 38 per cento dei casi. Pur non assegnando a tali risultati grande valore per giudicare della efficienza o meno della funzione globale del fegato, l'O. conclude affermando la necessità di eseguire prima di ogni intervento, specie in chirurgia addominale, l'esame della funzione epatica per evitare che il decorso post-operatorio possa essere disturbato, e talvolta fatalmente compromesso da una apparentemente improvvisa, ma in realtà prevedibile insufficienza epatica.

Rindone A. (Palermo). — *Tubercolosi unilaterale in rene a ferro di cavallo.* — Illustra un caso di tubercolosi in rene a ferro di cavallo (unilaterale sinistra) operato per via lombare e guarito in ventesima giornata. Richiama l'attenzione sulla frequente coesistenza di altre malformazioni con quella renale, alcune delle quali limitano le indicazioni della operazione di Rowsing (sifisiotomia) nel rene a ferro di cavallo sano.

Minervini R. (Napoli). — *Voluminoso neoplasma del corpo surrenale destro felicemente operato per via addominale.* — Riferisce il caso di una donna cinquantenne che aveva un voluminoso tumore nel quadrante superiore destro dell'addome, tumore fisso, retroperitoneale che fu felicemente asportato dall'O. per via addominale. L'esame del tumore ha dimostrato trattarsi di un adenoma del corpo surrenale. Notevole è il fatto che mancava il colorito bronzino della cute e la sindrome del morbo di Addison.

Sanvenero-Rosselli G. (Milano). — *Plastiche del naso.* — Illustra la tecnica personale seguita in vari casi e i risultati ottenuti con ampia documentazione.

Chiarolanza R. (Napoli). — La materia trattata dal collega è molto vasta, ed io mi auguro di poterla discutere esaurientemente in un'assemblea che si occupi in modo speciale di essa.

L'O. si è occupato molto di chirurgia estetica, ed ha trattenuto colle sue documentazioni fotografiche varie assemblee della nostra Società di chirurgia. Non gli pare che il grasso sia un materiale permanente; pel naso, conviene meglio l'avorio, che si può modellare anticipatamente come si vuole; ma non esclude che si possa adoperare materiale vivente, cartilagineo o osseo.

Per i lembi crede non si devono dimenticare i lembi peduncolati alla Esser.

Romagnoli M. (Pistoia). — Obietta al prof. Chiarolanza che la sostituzione di un piccolo blocco d'avorio alla cartilagine prelevata dal soggetto, può dar luogo a inconvenienti, e particolarmente a fistolizzazioni secondarie al decubito provocato dal corpo estraneo.

Grasso R. (Roma). — *Contributo allo studio radiologico della mammella muliebre in condizioni normali e patologiche.* — L'O. fatta qualche premessa storica sullo studio radiologico della mammella e sulla diffusione che il metodo tende ad assumere passa, alla discussione della tecnica da lui usata, di cui si dichiara poco contento e che si propone di perfezionare.

Passa quindi alla proiezione di numerosi radiogrammi di mammelle normali e patologiche (flogosi, tumori benigni e maligni, displasie, ecc.).

Riconosce al metodo una certa utilità diagnostica per le affezioni mammarie, ma scarsa assai, almeno con la tecnica oggi in uso, certo però inferiore alla transilluminazione, perchè ha campi più

vasti e responsi più completi, più fini e documentati.

Non concorda affatto con quegli AA. (Lockwood, Stewart, ecc.) che ritengono il metodo pari alla biopsia.

ROMAGNOLI M. (Pistoia). — Fa rilevare come egli si sia da vari anni occupato dell'argomento e ritiene che la tecnica migliore sia quella da lui precedentemente stabilita, cioè paziente in piedi in posizione obliqua. Non entra a discutere le modalità di tecnica che ritiene varie a seconda dei soggetti. Crede che la stratigrafia porterà nuovi contributi. Rileva che pur ammettendo una differenza da lui già stabilita fra il tumore benigno e maligno, attualmente non si possa parlare di diagnosi precoce. Parla poi dei vari metodi di contrasto e di alcune sue osservazioni in casi di aborto.

CATTERINA A. (Genova). — *Fascia trasversalis.* — L'O. ha dimostrato che la fascia trasversalis è composta di tre foglietti, i primi due rappresentano l'inserzione del piccolo obliquo e del trasverso, il terzo la fascia propriamente detta. Dimostra un preparato anatomico in cui i singoli foglietti sono preparati e bene evidenti.

Ore 15, 20 ottobre.
Presidenza: Prof. G. PEREZ.

**Comunicazioni.**

LATTERI S. (Cagliari). — *La dissociazione batterica in alcune infezioni chirurgiche.* — Ha studiato la dissociazione batterica in alcuni processi infiammatori acuti (favo, eresipela, flemmoni suppurativi circoscritti e diffusi). Isolato il germe (stafilococco, streptococco, bacterium coli) ha proceduto alla ricerca delle modificazioni morfologiche delle rispettive colonie — prova di orientamento — e quindi dei caratteri morfologici, culturali, biochimici, biologici e delle reazioni immunitarie, venendo alla conclusione che nelle infezioni chirurgiche prese in esame l'agente microbico si presenta in un primo periodo in fase S, mentre in un secondo, quando cioè il processo infiammatorio si arresta e tende a regredire, va incontro a fenomeni dissociativi, svelati dalla comparsa di forme SR ed R. Dopo avere esposto i risultati ottenuti si intrattiene sulla importanza che essi rivestono nel campo clinico, specie nei riguardi di una razionale terapia immunitaria. Da tale punto di vista le ricerche istituite dall'O. dimostrano che mentre le forme S provocano una evidente immunità, quelle R ne sono del tutto o quasi incapaci, essendo la costituzione antigene di quest'ultima fase notevolmente semplificata.

GHIRON V. (Roma). — *L'iperemia nei cancerosi.* — L'O. ricorda come specialmente dai risultati delle ricerche sui cancri sperimentali è stato posto in risalto negli ultimi dodicenni l'importanza che il fattore circolatorio ha sull'insorgenza e sullo sviluppo del cancro. Si è potuto osservare come lo stato iperemico dei tessuti vicinìori al neoplasma precede e accompagna il tumore stesso e nei casi di regressione, arresto o virulentazione i fenomeni circolatori vanno di pari passo. L'O. nelle sue ricerche sperimentali ha dimostrato quale effetto inibitorio notevole abbia sui tumori maligni la produzione di disturbi di circolo.

MARRONI O. (Roma). — *Venticinque anni di terapia antitubercolare.* — Porta numerosi casi clinici e dimostrazione dei risultati ottenuti con il suo metodo.

CAROSSINI G. (Reggio Calabria). — *Un nuovo antisettico in chirurgia a base di essenza di bergamotto.* — L'O. ha sperimentato su numerosissimi casi tanto di chirurgia asettica come di chirurgia settica un nuovo prodotto liquido a base di essenza naturale di bergamotto, depurata, denominato *Sabeol.* Ha riscontrato in questo ottima azione disinfettante nonchè spiccata capacità detersiva, risolvente ed anestesica sulle ferite e sulle piaghe; azione acceleratrice e cheratinizzante sulle ulceri. Può essere usato puro in sostituzione dei comuni disinfettanti cutanei per il campo operatorio e, diluito in varie concentrazioni, come liquido di lavaggio per irrigazioni o per impacchi in forme settiche. Può essere usato, puro, anche come ottimo sapone liquido disinfettante.

BELLELLI. — Ricorda gli esperimenti di Maltese del 1883.

MUMOLI S. (Terranova Sicilia). — *Un caso di rottura da scoppio del polmone.* — La parete toracica era integra. La sutura della breccia polmonare portò a guarigione completa.

GUACCERO A. (Bari). — *Meccanismo di moto e concetti fondamentali per riparare all'alterata funzione di esso.* — La comunicazione mira ad una maggiore affermazione nel campo clinico di concezioni alte che avrebbero dovuto avere la migliore sorte nelle realizzazioni pratiche della Medicina sociale.

La chirurgia può oggi assicurare — anche dal lato puro funzionale — notevoli risultati in un gran numero di manifestazioni patologiche dell'apparato del movimento.

Buona parte di queste deficienze funzionali sono dovute a deformità stabilizzate degli organi passivi, altre invece sono in dipendenza di squilibri ed alterazioni dei caratteri delle forze muscolari per lesioni nervose.

In un complesso così esteso di manifestazioni morbose e di anomalie, il problema statico-funzionale e sociale è stato con precisione affrontato e sufficientemente risolto.

La serie numerosa di esami funzionali e ricerche sui molti ammalati trattati, pongono l'O. in condizione di offrire un notevole materiale di studio e dimostrativo in questa difficile materia.

* * *

Terminato lo svolgimento dell'ordine del giorno, ha avuto luogo la proiezione di numerose films chirurgiche. Il prof. DONATI M. (Milano), ha proiettato una gastrectomia totale, una splenectomia, una gastro-enterostomia, una cranio-resezione, una resezione della tiroide per gozzo; il prof. ALESSANDRI (Roma) una colecistectomia; il prof. ANGELETTI (Bologna) una colecistectomia sottosierosa; il prof. SANVENERO-ROSSELLI una plastica del naso. Sono stati proiettati ancora una operazione per cancro della mammella dal prof. GOSSET (Parigi) una operazione per prolasso del retto dal prof. MILES (Londra); una resezione gastrica eseguita nella Clinica di Edimburgo; una operazione per epilessia corticale della Clinica di Breslavia, ecc.

Sede del prossimo Congresso è stata scelta Bologna.

I temi all'ordine del giorno sono:

1) Cisti e tumori del polmone;
2) Trombosi ed embolie;
3) Mediastiniti acute e croniche (tema in comune con la Società di Medicina Interna).

P. VALDONI.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## PROBLEMI DIETETICI.

### Gli alimenti proteici nel diabete mellito.

La prescrizione di una dieta adatta è stata l'unica terapia del diabete fino all'avvento dell'insulina ed, anche dopo l'introduzione di questa, ha conservato tutto il suo valore. E le diete proposte hanno variato secondo i tempi e gli autori; fra quelle esageratamente monolaterali ricorderemo la dieta carnea di Cantani, che finiva probabilmente per costituire in certi casi un rimedio peggiore del male, per l'intolleranza che certi organismi minati da altre malattie hanno verso le proteine animali.

Il problema dell'alimentazione del diabetico, di fatto, si presenta difficile ed assillante proprio nella categoria di individui in cui tale malattia si manifesta più spesso, in quelli dalla cinquantina in su che, per la stessa età e per malattie pregresse, hanno contemporaneamente ipertensione, uricemia, calcolosi, nefriti. e che esigono un accurato studio da parte del medico.

E, se nei bambini e nei giovani, per supplire al fabbisogno energetico e plastico, si può, largheggiare nelle proteine animali, non altrettanto si può fare nell'accennata categoria di individui. L'ipertensione, l'uricemia, ecc., esigono la riduzione al minimo delle proteine specialmente animali e, quindi, un vitto essenzialmente vegetariano che, d'altra parte, non può essere seguìto, a causa del diabete che impone, per proprio conto, la notevole riduzione dei carboidrati.

Problema grave che, come ripeto, si presenta assai spesso nella pratica e che anche i migliori trattatisti hanno trascurato o scarsamente considerato. E, sebbene in questi individui la glicosuria assuma raramente carattere di gravità e scompaia abbastanza agevolmente con una certa restrizione dei carboidrati, si affaccia spesso affannoso il dilemma di dare al malato una nutrizione insufficiente o di danneggiarlo in altro senso. Dilemma che nemmeno l'insulina risolve sempre in pieno.

Nelle accennate condizioni, si deve evitare il più che sia possibile l'uso delle proteine animali, le quali, nel diabete, sono sconsigliabili anche per altre ragioni.

Di fatto, come non tutti gli idrati di carbonio si comportano ugualmente ed alcuni sono meglio tollerati di altri, così accade per le proteine. Specialmente Falta ha dimostrato che le proteine vegetali si comportano più favorevolmente che non quelle animali per quanto riguarda l'azione glicogenica e chetogenica. Di tale azione tengono conto le diete proposte dallo stesso Falta e dallo svedese Petren.

Si deve inoltre tener presente che gli ammino-acidi dell'alimentazione carnea stimolano l'increzione tiroxinica ed è noto che questa, a sua volta, interviene nella regolazione della glicemia; essa provoca anzitutto un'iperadrenalinemia (che tende ad esagerare la glicemia stessa) e successivamente un'iperinsulinemia (che tende a ridurla). Troviamo, quindi, connessi in questo meccanismo, la tiroide, le surrenali ed il pancreas, mentre altri rapporti legano queste ghiandole all'ipofisi. È purtroppo tutto un sistema di correlazione plurighiandolare che entra in giuoco per il mantenimento di un giusto tasso di glicemia. Lo squilibrio endocrino, che può esser messo in moto dalla disfunzione di una di dette ghiandole, può provocare secondariamente delle perturbazioni iperglicemiche e glicosuriche, attribuibili in gran misura alla diminuzione della produzione d'insulina da parte della secrezione interna del pancreas.

Ed è specialmente nei diabetici magri, negli ipertiroidei, che l'azione dinamico-specifica delle proteine alimentari è esagerata ed è maggiore la sensibilità verso le albumine animali.

Ben diversamente dalle proteine animali, quelle vegetali, l'ordeina dell'orzo, l'avenina e specialmente una parte del glutine — la gliadina — hanno capacità nettamente antichetogena. È quindi consigliabile di ricorrere a queste, in sostituzione della maggior parte delle albumine animali.

Ma le proteine vegetali hanno per il diabetico l'inconveniente di essere sempre accompagnate da fortissima quantità di carboidrati. Di fatto, mentre nella carne il contenuto di proteine si aggira sul 20 % e quello dei carboidrati è sotto l'unità, nelle farine noi troviamo con una quantità di proteine generalmente sotto il 10 %, il 70 % circa di carboidrati; e questi abbondanti pure molto nei legumi, che sono fra i vegetali i più ricchi di proteine.

Si incontrano, pertanto, notevoli difficoltà per l'introduzione di proteine vegetali in quantità sufficiente per il bisogno dell'organismo in albumina.

La difficoltà può essere girata aumentando e concentrando le proteine stesse, specialmente il glutine, nelle paste alimentari. Si ottengono così dei prodotti in cui i carboidrati sono ridotti dal 61 al 33 %, mentre il contenuto in proteine arriva, secondo i tipi, al 25, al 35 ed anche al 50 %.

Si può, in tal modo fissare il quantitativo del prodotto secondo la tolleranza del singolo diabetico e somministrare la dieta antichetogena (di sole proteine vegetali) per 2-3 giorni la settimana o per una settimana al mese, lasciando per gli altri giorni l'uso della carne in modica quantità.

S'intende che anche negli altri giorni potranno concedersi le proteine vegetali sotto forma di glutine, naturalmente in minor quantità, data la contemporanea presenza nei pasti delle proteine animali.

Tale sistema, che è seguìto dalla Clinica Medica di Genova, ha dato eccellenti risultati e permette di stabilire l'equilibrio chetogeno-antichetogeno, quale si ha con la somministrazione di proteine animali-vegetali in **giusta** proporzione. A. FILIPPINI.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.


S. DE CANDIA. *L'alimentazione proteica nel diabete mellito.* Minerva medica, 23 giugno 1934.

E. GRAFE. *Die Krankheiten des Stoffwechsels und ihre Behandlung.* J. Springer, 1931.

J. LA BARRE. *Diabète et insulinémie.* Masson, 1933.

A. LUBLIN e R. KRONER. *Produktive Diabetikfürsorge.* G. Thieme, 1932.

C. v. NOORDEN. *Alte und neuzeitliche Ernährungsfragen.* Springer, 1931.

A. R. ROSSI. *Il diabete.* Hoepli, 1934.

W. N. BOLDYREFF. Acta Med. Scand., lug. 1934.

M. LABBÉ. *Traitement du diabète.* Masson, 1934.

L. DAUTREBANDE. *Notions de diététique antidiabetique.* Paris Méd., 21 luglio 1934.


## TECNICA MEDICA.

**Teoria e pratica di somministrazione fluida parenterale.**

Nei primi tempi dopo perdita eccessiva di liquidi dall'organismo la composizione del sangue in rapporto al suo contenuto in acqua e allo stato elettrolitico, tende a rimanere inalterata per modificazioni che compaiono nel liquido intercellulare del corpo. Questa parte del corpo si può considerare come un serbatoio che serve a compensare le modificazioni che intervengono nel sangue.

Siffatte modificazioni, secondo A. F. Hartmann (*The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 3 novembre 1934) si rendono però evidenti quando il liquido intercellulare è esaurito. È importante tener conto del modo con cui si produce la perdita d'acqua, la quale può essere accompagnata da acidosi o da alcalosi.

Dall'esame chimico del sangue si può avere la prova della perdita dell'acqua, di cloruri, del bicarbonato e della base fissa totale, mentre le perdite di potassio e calcio non sono abitualmente indicate, perchè le cellule dei tessuti e le ossa sono un deposito che agisce attivamente in tali casi.

Questi fatti si devono tener presenti nella cura delle perdite d'acqua: così gli elettroliti perduti si sostituiscono con acqua; così si deve supplire alle perdite di proteine del plasma e cercare di avvicinare al normale la pressione osmotica colloidale onde permettere di nuovo una normale circolazione del sangue e uno scambio normale di sostanze fra il sangue e il liquido intercellulare.

Spesso è necessario ricorrere alla somministrazione parenterale di liquidi. Si deve dare per prima cosa soluzione di cloruro di sodio, ma essa sola non basta, anche se isotonica. Teoricamente è indicato dare calcio e potassio e si usa allora la soluzione di Ringer. Migliori ancora sono le soluzioni di Locke e di Tyrode; però il loro contenuto in bicarbonato è inferiore a quello del plasma sanguigno e del liquido intercellulare, per evitare la precipitazione del bicarbonato di calcio.

Queste soluzioni non sono superiori a quella di Ringer quando si deve curare anche l'acidosi, perchè si può ottenere ottimo risultato iniettando separatamente liquido di Ringer e soluzione di bicarbonato.

Utile ed efficace è la soluzione del bicarbonato di sodio col lattato di sodio, che si può unire al liquido di Ringer col quale è compatibile.

Le soluzioni che possono essere necessarie sono, secondo l'A., la soluzione di Ringer (ipotonica), il lattato di sodio (iso e ipotonico), la soluzione lattato: Ringer, la soluzione di destrosio (ipo, iper e isotonica secondo che si combina col Ringer o col lattato), il bicarbonato di sodio, il « liquido spinale » artificiale, la soluzione di acacia e il sangue totale citratato o il plasma citratato.

Dopo aver esposto dettagliatamente il metodo di preparazione di ognuna di queste soluzioni, l'A. tratta delle loro indicazioni.

La soluzione di Ringer è indicata quando c'è perdita di cloruri e di basi fisse, calcio, potassio, sodio e magnesio, quindi in tutte le forme di disidratazione ma specialmente in quelle con perdite per via gastrointestinale (vomito, diarrea, fistole). La migliore somministrazione è quella sottocutanea o intraperitoneale e la dose media è di 80-100 cc. per ogni chilo di peso del corpo.

*La soluzione di lattato di sodio* è indicata in tutti i casi di grave acidosi e nei casi associati a malattia congenita di cuore con cianosi persistente. È utile anche per alcalinizzare le urine nella cura delle infezioni acute delle vie urinarie. Si usano tutte le vie di somministrazione parenterale.

*La soluzione lattato-Ringer* dà sollievo tanto alle acidosi che alle alcalosi, quindi si usa in tutti i tipi di disidratazione, specialmente se non si è potuto fare uno studio chimico del sangue.

Si può usare per qualunque via di somministrazione, alla dose di 80-100 cc. per chilo di peso. Unita a soluzione di destrosio è usata per la fleboclisi continuata.

*La soluzione di bicarbonato di sodio* ha le stesse indicazioni di quella di lattato.

*Le soluzioni di destrosio* sono indicate quando il metabolismo dei carboidrati è basso, cioè quando c'è ipoglicemia (fame, infezioni acute, intossicazioni, malattie epatiche e cardiache, iperinsulinismo). È anche diuretica, quindi consigliabile nelle nefriti acute con edema cerebrale.

La soluzione isotonica si dà per via sottocutanea, quella ipertonica per via endovenosa (pe-

rò dà spesso trombosi venosa!). Se ne dànno 80-100 cc. per chilo.

*Il liquido spinale artificiale* si usa nei casi di interventi per idrocefalo, quando si devono riempire i ventricoli svuotati, e nei casi di drenaggio di liquido cefalorachidiano per meningite, anestesia spinale, blocco nervoso.

*La soluzione di acacia* si usa quando il volume del sangue si è ridotto per emorragia o nello shock.

*Il sangue totale* si somministra nelle emorragie, nella denutrizione, nelle anemie gravi, nelle discrasie sanguigne con emorragia, nell'edema dei nefrotici e dei nefritici acuti, nell'ittero grave del neonato e in altri tipi di anemie emolitiche.

Si fa la trasfusione endovenosa con 20 cc. di sangue per chilo di peso; se si ripete a brevi intervalli bastano 5 cc. per chilo.

Le combinazioni delle varie soluzioni, escludendo quelle del lattato di sodio col Ringer e del detrosio con Ringer, non sono consigliabili.

A. G. Helmick e J. C. Ray partecipando alla discussione che è seguita a questa comunicazione fatta alla sez. di pediatria dell'85ª sess. annuale dell'Americ. Medic. Assoc. tenuta a Cleveland nel giugno 1934, hanno consigliato il destrosio al 5 % il primo per via parenterale e il secondo per via endovenosa.

R. LUSENA.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Ulcere ricorrenti della bocca.

La parola ulcere ricorrenti della bocca è usata per indicare la « stomatite aftosa » o « le ulcere dispeptiche della bocca ».

Secondo G. P. B. Whitwell (*Guy's Hospital Repost*, luglio 1934) alla stessa malattia si dà anche il nome di « periadenite mucosa necrotica ricorrente », « ulcera necrotica della mucosa orale », « stomatite maculofibrinosa ».

Le ulcerazioni ricompaiono a intervalli brevi o lunghi, cominciano con una piccola chiazza rossa, su cui si forma un'ulceretta la quale si estende in profondità e in superficie per alcuni giorni. A volte invece dell'ulcera si vede una poltiglia aderente, fibrinosa, situata al centro della chiazza rossa. Spesso i margini sono acuti e a volte callosi e a volte l'ulcera è circondata da un alone infiammatorio rosso. Le ulcere più gravi lasciano una cicatrice lievemente depressa.

Le ulcere compaiono per lo più nella parte anteriore della cavità boccale, sotto la lingua, all'interno delle labbra e delle guance, possono essere uniche o due o tre contemporanee. Durano da una a otto settimane, sono molto dolorose; le ghiandole linfatiche si tumefanno solo nei casi gravi.

*Altre manifestazioni aftose* possono essere la vulvite aftosa, che può esistere da sola o in associazione con quella orale, e alcune manifestazioni cutanee (lesioni somiglianti all'eritema nodoso e ad un'eruzione papulo pustolosa) che si associano alle afte orali.

*I dati anatomopatologici* sono scarsi. La biopsia ha dato a Fox tessuto cellulare di granulazione, edema e raccolte numerose di piccoli mononucleati e scarse raccolte di polinucleati, neoformazione vascolare a cellule epiteliodi.

*Il dato etiologico* del *B. crassus* merita ulteriori conferme.

Le cure usate non impediscono sicuramente la ricomparsa dell'ulcera. Utile è spesso la proteino-terapia non specifica. In un caso l'A. vide una lunga remissione dopo iniezioni di tubercolina. Spesso però si ha ricorrenza delle ulcere nonostante ogni cura.

Localmente si raccomanda il lapis al nitrato d'argento.

R. LUSENA.

### Mucosa intestinale eterotopica come un possibile fattore sulla genesi dell'ulcera gastrica.

La mucosa intestinale eterotopica nello stomaco fu osservata nella gastrite cronica, nel cancro, nell'achilia e nell'anemia perniciosa. Molti la considerano una metaplasia da processo infiammatorio e precisamente Moskowitz, Lubarsch, Faber, Heywosky, Pube, Stoerck, Kovetzny e altri.

Recentemente Clar (di Praga) si è opposto alla teoria metaplastica e sostiene che si tratta di un vero spostamento congenito di tessuto. Nei rapporti col succo gastrico queste isole eterotopiche costituiscono un *locus minoris resistentiae* e possono rappresentare un fattore nella genesi dell'ulcera gastrica. In 15 feti il Clar trovò mucosa intestinale presente nello stomaco normalmente fino al 7° mese; dopo questo periodo la frequenza di questo referto diminuisce.

Così in 3 feti a termine uno solo presentava questa eterotopia. In 12 cadaveri di individui senza storia gastrica e in 26 stomaci resecati per la cura dell'ulcera duodenale, essa non fu mai trovata, mentre la si trovò in 6 su 10 stomaci resecati per ulcera gastrica e in 1 su 3 casi di ulcera pilorica e non solo in vicinanza dell'ulcera, ma anche a 10 cm di distanza. Egli non trovò gastrite cronica nei suoi casi.

Le zone eterotopiche costituiscono il difetto primario nel senso di Aschoff.

Questa teoria di Clar si deve aggiungere alle quasi quaranta teorie esistenti per spiegare l'ulcera gastrica. Così in articolo redattoriale di « The Journ. of the Americ. Medic. Assoc. », 3 novembre 1934.

R. LUSENA.

### Consigli pratici per il trattamento del catarro intestinale acuto.

Questi vengono suggeriti da H. Doerfer (*Münch. Med. Wochenschr.*, 26 ott. 1934). Secondo l'A. la definizione del catarro intestinale acuto corrisponde alla frequente sindrome dovuta ad intossicazione batterica o chimica e

che si manifesta con diarrea profusa con feci liquide commiste al muco e talora a sangue; qualche volta la peristalsi esagerata si accompagna anche al vomito. Considerando l'affezione dal punto di vista curativo e con intendimenti strettamente pratici l'A. ritiene quasi inutili ulteriori discriminazioni, la nozione della lesione prevalente a carico del tenue o del colon ecc.; stabilita la diagnosi generica lo schema della cura sarà quasi sempre lo stesso. Naturalmente debbono essere escluse le cause che potrebbero provocare la sindrome diarroica in via secondaria.

Il rimedio più efficace che dev'essere applicato d'urgenza consisterebbe in irrigazioni intestinali con un litro di acqua in cui è stato disciolto un cucchiaio di acido tannico; il liquido immesso nell'intestino, mentre il p. si trova in decubito laterale o genu-pettorale riesce quasi sempre a raggiungere le parti alte del crasso; esso può facilmente provocare dei dolori a tipo di colica; — in tal caso l'irrigazione verrà sospesa per pochi secondi per essere ripresa immediatamente dopo. Secondo la esperienza dell'A. tale pratica è sufficiente in 95 % dei casi per far cessare immediatamente la sindrome dolorosa e con essa la diarrea, anche nei casi più gravi; solo eccezionalmente la irrigazione dev'essere ripetuta dopo 12 ore. Solo qualche volta in caso di ipersensibilità del paziente e con minore successo l'ac. tannico può essere sostituito da infuso di camomilla.

L'A. raccomanda anche un regime dietetico piuttosto severo negli 8 giorni che seguono alla manifestazione acuta; nel primo giorno solo infuso di thè, poi attraverso una giornata di pappe di riso, biscotti ecc., si passa a dieta man mano più libera.

L'A. ha pure saggiato l'effetto della cura di mele nei casi di diarrea acuta; pur avendo rilevato i discreti vantaggi di essa, egli la considera piuttosto come utile supplemento del regime dietetico e nota che nella maggioranza dei casi se ne può fare a meno. S. Minz.

**Della perforazione del diverticolo di Meckel.**

V. Travaglini (*Annali It. di Chir.*, sett. 1933) tratta ampiamente le teorie patogenetiche della perforazione del diverticolo di Meckel ed illustra un caso clinico di perforazione del diverticolo. Egli comincia a prendere in esame prima la perforazione da diverticolite semplice, poi quella da ulcera peptica per presenza di mucosa gastrica in sede eterotopica e quella da ulcera semplice o ulcera cronica, infine la perforazione da ulcera specifica. Dalle statistiche trovate nella vasta letteratura dall'A. consultata, nota che mentre dal 1913 al 1926 le perforazioni messe in rapporto a diverticolite si riscontrano in 80 osservazioni cliniche, dal 1926 al 1932 in ben 27 casi di perforati la genesi non è quella infiammatoria semplice, ma specialmente viene messa in causa l'ulcera peptica per presenza di mucosa gastrica in sede eterotopica.

Dice che in questo ultimo decennio nel campo patogenetico della perforazione diverticolare si sia caduti in una vera ipnosi della eterotopia gastrica nel diverticolo di Meckel. Da parte sua ritiene che nella patogenesi della perforazione del diverticolo la teoria più semplice e persuasiva per spiegare i fenomeni anatomo-patologici e clinici sia la infiammatoria. Le altre teorie debbono essere prese in considerazione solo se i reperti istologici seriamente controllati negano la genesi infiammatoria semplice.

Illustra e discute il caso clinico di perforazione da diverticolite semplice, ampiamente controllato istologicamente, e ne riproduce molte microfotografie anche a colori.

Il caso si presta a smentire la teoria di Senèque che nega la genesi infiammatoria nella perforazione del diverticolo di Meckel.

Ciddio.

**Importanza delle ghiandole della regione pilorica nella resezione gastrica.**

In cani in cui era stata praticata una esofagostomia e la resezione gastrica in modo da asportare tutte le ghiandole della zona pilorica Straaten (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 176, pagg. 237, 1933) potè dimostrare che l'alimentazione fittizia non provoca la comparsa di un succo gastrico acido a differenza degli animali in cui le glandole piloriche non erano state asportate.

Se negli animali si conserva il piloro ma si asporta la porzione di stomaco in cui esistono le ghiandole piloriche si hanno in un primo tempo valori acidi bassi del succo gastrico durante l'alimentazione fittizia; poi, a distanza dell'operazione compaiono valori acidi alti come, dopo la asportazione delle ghiandole piloriche e del piloro non si osserva mai.

Questi risultati sperimentali provano che nella prima fase della secrezione gastrica che è provocata da cause psichiche e riflesse dalla bocca e dalle fauci, i valori acidi alti del succo gastrico sono presenti solo qualora almeno parzialmente, sia conservata la zona delle ghiandole piloriche. Se le ghiandole piloriche sono state asportate mancano i valori acidi alti del succo gastrico della prima fase psichica e manca completamente anche la seconda fase chimica della secrezione gastrica. Le ghiandole del fondo hanno in queste condizioni una secrezione debole, che non è provocata da altre sedi.

Nella prima fase della secrezione gastrica avrebbero anche importanza le ghiandole piloriche, il che sino ad oggi non era ritenuto dando importanza soltanto alle ghiandole del fondo e allo stimolo psichico che ne provocherebbe la secrezione. Le ghiandole piloriche sotto l'azione meccanica e chimica degli ingesti darebbero inizio alla secrezione di un succo che, assorbito per la via del circolo pro-

voca la fase chimica (seconda) della secrezione acida della ghiandola del fondo.

I risultati sperimentali giustificano secondo l'A. la resezione gastrica nella cura dell'ulcera e spiegano la frequenza dell'ulcera digiunale dopo la resezione palliativa occludente (op. di Finsterer proposta per le ulcere duodenali difficilmente resecabili e che consiste nella resezione dell'antro con conservazione del piloro. *N. d. R.*). Da queste, anche se si riesce a escludere la seconda fase (chimica) della resezione gastrica grazie a una anastomosi gastro-digiunale termino-laterale orale parziale inferiore, si avrà sempre, per la conservazione del piloro, una prima fase secretiva (psichica) con valori acidi alti.

VALDONI.

## MEDICINA DEL LAVORO.

### Le affezioni croniche aspecifiche dell'apparato respiratorio negli addetti alla panificazione.

La polvere di farina è stata generalmente considerata come innocua; di fatto, l'amido è privo di qualsiasi azione traumatizzante. Se l'individuo, però, lo inala molto a lungo, possono aversi come effetto importanti lesioni dell'albero respiratorio, come dimostra V. Mauro (*Folia medica*, 1934, n. 15).

Tale A. ha studiato numerosi individui addetti al lavoro di panificazione ed ha riscontrato che l'82 % di tutte le forme di malattie interne presentate da questi individui era rappresentata da:

1) catarri bronchiali secchi od umidi più o meno diffusi (53 %);

2) forme catarrali con note di enfisema polmonare (19 %);

3) tubercolosi polmonare (10 %).

Le lesioni si stabiliscono lentamente e gradatamente; dopo le iniziali manifestazioni a carico delle prime vie aeree, si iniziano i fatti bronchiali con il corteo dei sintomi ad essi legati e con uno stato di deperimento. I sintomi clinici non differiscono da quelli dipendenti da lesioni respiratorie provocate da inalazione di altre polveri.

All'esame radiologico, si rilevano: apici chiari, aumento delle ombre ilàri, strie peribronchitiche che partono dall'ilo per irradiarsi in alto e diminuzione della trasparenza polmonare. Tali lesioni sono tanto più evidenti quanto più a lungo l'operaio è stato in contatto con la farina.

Nell'espettorato di questi individui, l'A. ha riscontrato dell'amido.

L'A. esclude, pertanto, che la farina possa essere considerata come una polvere inerte, ammettendo che le affezioni croniche dell'albero respiratorio da lui riscontrate siano dovute all'inalazione della farina stessa. Non si può, però, escludere che anche altri fattori possano esercitare un'azione concomitante e favorire l'insediarsi delle lesioni respiratorie, aggravandole anche secondariamente. *fil.*

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Sul tasso della calcemia nel corso della consolidazione di fratture.

Perves e Simonnet (*C. R. Soc. Biol.*, T. CXIV, n. 31, 1934) in pazienti con varî tipi di fratture hanno studiato il comportamento della calcemia nelle varie fasi di consolidazione delle ossa fratturate.

Nelle fratture chiuse nelle prime settimane si ebbe un accrescimento della calcemia, che si avvicinò ai valori normali man mano che la frattura si veniva a consolidare.

Nelle fratture aperte ed operate si ebbe una caduta della calcemia durante un primo periodo di 2-3 settimane per aversi un'ascensione fortissima della curva durante la settimana seguente. In tali fratture è noto il consolidamento tardivo accompagnato ad estesa decalcificazione, anche quando guariscono asetticamente.

Nelle fratture scoperte infette si ebbe una evoluzione irregolarissima, alternandosi periodi di abbassamento con periodi di innalzamento. JURA.

## VARIA

### La pleurodinia epidemica.

È stata osservata a Boston da A. Richter e H. Levine (*Journ. amer. med. assoc.*, 24 marzo 1934). Essa è caratterizzata dalla comparsa improvvisa di un violentissimo dolore toracico, aggravato dai movimenti e dal respiro ed accompagnato da elevazione di temperatura sui 39°. Generalmente, dolore e febbre scompaiono in 24-48 ore, ma si possono avere recidive, di solito attenuate. Non sono mai state osservate complicazioni.

I casi degli AA. sono stati 24. Altre epidemie erano state osservate nella Virginia nel 1888 e, più attenuate, nel 1925 e 1926. Etiologia sconosciuta. *fil.*

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

F. DE NAPOLI. *Un precedente circa la dermatitis bullosa striata pratensis, o dermatite da bagno all'aperto, di Oppenheim e la consecutiva pigmentazione.* — Bull. Scienze Mediche, 1934.

P. PICCININI. *L'educazione fisica giovanile.* — Tip. Cordani, Milano, 1934.

G. ASCHIERI. *Sopra un caso di delirio acuto da pellagra.* — Arti Grafiche Federici, Pesaro, 1934.

I. STERZI. *Ultravirus e antivirus.* — Tip. Operaia Romana, Roma, 1934.

G. PENSO. *Intorno ad una particolare entità morbosa (riferibile al gruppo delle febbri esantematiche?) da me riscontrata nell'alta Savoia.* — Tip. Cuggiani, Roma, 1934.

C. ORTALI. *La cura della sifilide nelle affezioni renali.* — Arch. Tipografia, Milano, 1934.

G. ALESSANDRINI. *La colonia marina di Littoria.* — Tip. C. Colombo, Roma, 1934.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## CONCORSI.

Posti vacanti.

Ferrara. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 9 genn.; direttore del Consorzio e del Dispensario del Capoluogo; L. 26.400 lorde e 2 quinquenni del decimo, indennità di trasferte e diarie; età limite 40 anni al 10 novembre; due anni di laurea; competenza specifica. Rivolgersi alla Segreteria.

Milano. *Cassa Edile per le Assicurazioni Sociali. Istituto Sanitario « Alessandro Mussolini ».* — È aperto il concorso pubblico, per titoli, al posto di Direttore Sanitario dell'Istituto « Alessandro Mussolini » e dei Servizi Sanitari della Cassa, con le attribuzioni specificate nel Regolamento per il Personale addetto ai servizi sanitari della Cassa stessa. Le istanze di ammissione al concorso, con la indicazione del domicilio, stese in carta da bollo da L. 3 dovranno pervenire all'Amministrazione della Cassa (via S. Luca 6, Milano) entro le ore 18 del 31 dicembre 1934-XIII, corredate dai documenti, in competente bollo e debitamente legalizzati. Il posto è retribuito con l'annuo stipendio di L. 30.000 al lordo di R. M. Al Direttore, trascorso il periodo di prova, potrà essere assegnato l'alloggio in luogo, alle condizioni da stabilirsi, per una maggior vigilanza diurna e notturna sull'andamento di tutti i servizi. È consentito al Direttore Sanitario l'esercizio professionale, compatibilmente però con le mansioni che il Direttore deve disimpegnare presso le Istituzioni della Cassa. Al Direttore viene accordato un mese di vacanza annuale. Chiedere copia dell'annunzio.

Monteriggioni (*Siena*). — Scad. 31 dic.; unica condotta del Comune; L. 7500 e 6 quadrienni dec., oltre L. 3500 trasporto, L. 100 assicuraz., L. 500 uff. san., alloggio gratuito. Età limite 35 anni.

Roma. *Ministero della Marina.* — Il Ministero ha pubblicato la notificazione di concorso per la nomina di 18 tenenti medici in servizio permanente effettivo del Corpo Sanitario Militare Marittimo.

Potranno prendere parte al concorso i laureati in medicina e chirurgia che abbiano ottenuto l'abilitazione all'esercizio professionale e non abbiano oltrepassato il 27° anno di età al 1° novembre 1934.

Il limite massimo di età sopra indicato è aumentato di quattro anni per coloro che risultino regolarmente inscritti ai Fasci di Combattimento senza interruzione da data anteriore al 28 ottobre 1922.

Le domande documentate dovranno pervenire al Ministero della Marina entro il 15 gennaio 1935.

Gli interessati potranno richiedere copia della relativa notificazione di concorso (con annesse istruzioni e programmi di esame) direttamente al Ministero della Marina (Direzione Generale del Personale e dei Servizi Militari - Divisione Stato Giuridico) ed alle Direzioni degli Ospedali Militari Marittimi di La Spezia, Taranto, Venezia, Pola, La Maddalena.

Roma. *Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.* — È aperto un concorso per titoli e per esami a 60 posti di Medico assistente presso gli Ospedali-sanatoriali dell'Istituto. Gli aspiranti dovranno, non più tardi del 31 dicembre 1934-XIII, presentare, facendosene rilasciare ricevuta, o far pervenire, per mezzo della posta, in piego raccomandato, con ricevuta di ritorno, alla Direzione Generale (Servizio personale) dell'Istituto in Roma, via Minghetti 22, i documenti. Età limite 34 anni. Lo stipendio annuo sarà di lire ottomilaquattrocento, nette da imposta di ricchezza mobile, oltre le competenze accessorie (vitto e alloggio gratuiti nell'Ospedale, non convertibili in denaro) e una seconda mensilità di retribuzione alla fine di dicembre. A tali emolumenti sarà applicata la riduzione di cui al R. D. L. 14 aprile 1934, n. 561. Sullo stipendio è fatta la ritenuta del 5 % per il trattamento di previdenza. Per copie dell'annunzio e per ogni informazione gli aspiranti potranno rivolgersi alla Sede Centrale predetta.

Siena. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni.* — È aperto il concorso a due posti di medico di Sezione nell'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò, con l'annuo stipendio di L. 12.000 aumentabile di un decimo per cinque quadrienni; indennità tempor. per caro-viveri; ritenute e decurtazioni. Scadenza ore 12 del 29 dicembre. Rivolgersi alla Segreteria della Società (via Roma 41). Età limite 35 anni. Docum. non anteriori al 28 nov. Chiedere annunzio.

Concorsi a premi.

*Premio « Palazzi ».*

Presso la R. Università di Pavia è aperto il concorso al premio di L. 2000 (duemila) istituito dal prof. Silvio Palazzi, direttore dell'Istituto di Odontojatria dell'Università, per onorare la memoria del compianto suo Genitore N. H. Fulvio Palazzi, e da assegnarsi, per l'anno 1935, all'autore del miglior lavoro sperimentale su tema riguardante l'Odontologia. Possono prender parte al concorso soltanto autori di nazionalità italiana, e sarà molto gradita la partecipazione al concorso di tesi di laurea o di perfezionamento in Odontojatria. A parità di merito sarà preferita una tesi di laurea o di perfezionamento. I lavori presentati al concorso dovranno essere inediti. Modalità consuete. I lavori, in quadruplice copia, saranno inviati in piego postale raccomandato al Rettorato della R. Università di Pavia, con chiara indicazione del contenuto sulla busta, e dovranno pervenire entro le ore 16 del 31 dicembre 1935. Chiedere l'annunzio.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In occasione delle feste centenarie dell'Università libera di Bruxelles sono stati nominati dottori *honoris causa* i proff.: sir H. Hallet Dale di Londra, A. Hymans van der Bergh di Utrecht, F. G. Hopkins di New York.

In occasione delle feste centenarie dell'Università di Berna è stato conferito il titolo di dottore *honoris causa* al dott. Henri Carrière, direttore dell'Ufficio Federale di Sanità, in considerazione dei grandi servizi resi alla Svizzera con il miglioramento delle condizioni sanitarie, nel campo legislativo ed organizzativo.

## NOTIZIE DIVERSE

### LE OPERE DEL REGIME

# Istituto sanatoriale "Benito Mussolini ,,

**L'Istituto.**

Segnata nel calendario del Regime, l'inaugurazione dell'Istituto « Benito Mussolini », avvenuta a Roma il 1° dicembre XIII, costituisce un'altra tappa vittoriosa nella lotta contro la tubercolosi e per la sanità fisica della razza che il Regime Fascista strenuamente combatte da un decennio sotto la guida ferma del Duce.

La solenne cerimonia del 1° dicembre è stata preceduta dal ricevimento dei giornalisti italiani e stranieri, che — guidati dall'on. Giuseppe Bottai, Presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, e dall'on. prof. Eugenio Morelli, direttore del « Benito Mussolini » — hanno potuto ammirare in una visita lunga e minuziosa, il magnifico complesso delle costruzioni, che fanno di questo Istituto una realizzazione superba ed unica al mondo.

L'Ospedale sanatoriale e l'Istituto « Benito Mussolini » sorgono su un'area che si estende per oltre 28 ettari in una zona, bene esposta e comodamente accessibile, alle falde della collina di Monteverde, domina tutta la Campagna Romana compresa tra il mare di Ostia e i Colli Albani. Di questa grande superficie, i fabbricati ricoprono complessivamente 28.200 metri quadrati: oltre 200.000 metri quadrati sono stati, invece, adattati a parco e giardino per esclusivo godimento dei ricoverati.

Il progetto dei lavori è stato elaborato dall'Ufficio Costruzioni Sanatoriali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, con l'alta consulenza sanitaria dell'on. prof. Eugenio Morelli e tecnica degli ingg. Giovannozzi e Marcovigi. I lavori sono stati eseguiti, in meno di quattro anni, sotto la direzione degli ingg. Poggi e Parboni.

La fronte del nuovo Istituto « Benito Mussolini » si estende ampia e imponente sul lato a nord della grande zona, davanti alla piazza Carlo Forlanini, là dove sorgerà fra breve — per sottoscrizione internazionale — il monumento che gli scienziati di tutto il mondo e le fitte schiere dei sofferenti, da Lui restituiti a nuova e più preziosa vita, eleveranno alla memoria del Grande Italiano.



Veduta generale degli edifici dalla parte dell'ingresso all'Ospedale Sanatoriale.

Nel primo e nel secondo atrio d'ingresso dell'Istituto due altorilievi e una decorazione murale di Arrigo Minerbi esaltano, in una magnifica, pensosa e commovente sintesi artistica, « la solidarietà delle Industrie italiane nella lotta contro la tubercolosi » e la superba opera di rigenerazione fisica e spirituale della Stirpe compiuta dal Regime. Nel centro della decorazione murale — i cui sei pannelli rappresentano la Lotta contro la malaria e le Bonifiche, la Protezione della Maternità e dell'infanzia, l'Educazione fisica — ammoniscono le nobili parole del Duce: « Il fascista comprende la vita come dovere, elevazione, conquista: la vita che deve essere alta e piena: vissuta per sè ma soprattutto per gli altri, vicini e lontani, presenti e futuri ».

È interessante conoscere i criteri basilari che guidarono i costruttori nella realizzazione della magnifica opera: primo fra tutti, quello di ele-

vare un Istituto scientifico completo, legato alla parte sanatoriale, ma non confuso con essa; quindi il concetto di centralizzare tutti i servizi, sia scientifici che amministrativi, da cui deriva minore fatica per gli studiosi e massima economia nella gestione; infine, terzo punto concettuale importantissimo, quello di opporre un punto fermo alla tendenza di costruire padiglioni staccati, ad uno o a due piani soltanto, esteticamente piacevole, sì, ma dispendiosi nell'esercizio ed enormemente faticosi per i medici. La soluzione dei gravi problemi determinati da queste idee, che rappresentano la sintesi di lunghi, tenaci studi e di una paziente, attiva, instancabile esperienza, è stata felicissima: e possiamo ben dire, perciò, che la creazione di questo Istituto rappresenta veramente la tappa gloriosa di una fede che non ha conosciuto ostacoli e di una volontà che non soltanto non ha temuto, ma ha voluto e provocato le critiche.

L'Istituto — a cui si accede da un ampio parco — comprende, a pianterreno, i locali della Direzione, la Biblioteca, le sale dei professori e numerose altre stanze destinate ad accogliere, fra breve, un Centro di Statistica e il Museo antitubercolare nazionale.

Nei piani superiori sono localizzate le Cliniche mediche e le Cliniche chirurgiche: a sinistra quelle femminili, a destra quelle maschili. Questo criterio distributivo dei sessi è stato applicato tanto all'Istituto quanto al Sanatorio, così che questi, in blocco, possono considerarsi divisi in due metà simmetriche e presso a poco eguali fra loro: la metà, a destra destinata al sesso maschile, quella a sinistra al sesso femminile. Complessivamente, nell'Istituto sono destinati all'insegnamento clinico generale 75 letti per la medicina e 75 per la chirurgia.

Collegati all'Istituto, sorgono ai lati di esso due fabbricati per le specialità: l'ortopedia, la ginecologia, la pediatria, la laringologia.

Al di là della Scuola si ammira lo spettacolo grandioso dei quattro padiglioni sanatoriali — ai quali si accede, per i visitatori, dall'ingresso a sud della zona, sulla via Portuense — collegati all'Istituto da un semicerchio formato dai quattro grandi laboratori: istologico, batteriologico, chimico e serologico. Ad ognuno di questi sono uniti altri due piccoli ma bene attrezzati laboratori destinati ai medici italiani e stranieri, che vorranno trascorrere qualche tempo nell'Istituto per lo studio di problemi tubercolari.

Sempre nell'Istituto sono ancora da notare i laboratori di ricerche di fisiopatologia sul malato e, all'ultimo piano, — la cui costruzione ha richiesto particolari cure, al fine di attutire i rumori; il che si è ottenuto, oltre che con un apposito corridoio di smorzamento, sopratutto con una geniale innovazione, e cioè soprapponendo ad esse un grande imbuto rovesciato, a doppia parete, per cui il rumore dei latrati salirà in alto anzichè disperdersi lateralmente —, le camere per le scimmie, le pecore, le capre, ecc.; infine, un laboratorio di fisiopatologia sperimentale e due camere di chirurgia sugli animali.

Subito dopo l'Istituto, trovasi una grande Chiesa, dopo la quale si accede al gruppo dei Sanatori, di cui abbiamo già descritto, sommariamente, la distribuzione.

Sono caratteristici in essi: le camere di degenza comuni, a sei posti, rese intercomunicanti da un lungo corridoio interno, che ne rende agevole la sorveglianza; il sistema di arieggiatore adottato, semplice e pratico; le grandi porte-finestre a sei battenti, che scivolano silenziosamente su apposite rotaie e vengono a disporsi, o lateralmente sulla veranda anteriore, in modo da riparare i degenti dai colpi di vento laterali, o anteriormente alla veranda stessa, così da difendere il malato dall'acqua nei giorni di pioggia; le « tapparelle » per la difesa delle verande dal sole, che servono a chiudere le grandi finestre e che, con semplice movimento elettrico, possono alzarsi a tappezzare il soffitto della veranda e scendere, infine, anteriormente a funzionare da tenda; i tre lavabi che esistono in ogni camera — divisi dai letti mediante una parete metallica — con sovrastanti sei armadietti personali per la toletta, e serviti d'acqua mediante rubinetto a pedale, che evita ogni sciupìo, e cento e cento altri particolari, piccoli e grandi, ma che tutti attestano della cura affettuosa e intelligente posta nella soluzione di ogni problema connesso alla necessità assoluta di rendere gradito il soggiorni al malato.

Interessanti pure gli apprestamenti per i servizi tecnici, centralizzati nella massima parte e che risolvono brillantemente il problema della distribuzione del materiale (biancheria, medicinali, cibi, ecc.) mediante una rete di ampissimi corridoi che uniscono i vari e lontani edifici fra loro, percorsi da una doppia fila di rotaie aeree dalle quali scorrono appositi carrelli, manovrati elettricamente, per il trasporto di ogni oggetto: vere e proprie teleferiche interne che faciliteranno enormemente il servizio e realizzeranno una notevole economia di funzionamento.

Ampie terrazze sostituiscono in tutti e quattro i grandi reparti sanatoriali i tetti, e sempre una parte di esse è coperta, per permettere ai malati di passeggiare anche nei giorni di pioggia.

Due grandi refettori capaci di cinquecento posti, collegano i due gruppi di sanatori, maschili e femminili.

Un'ampia meravigliosa cucina è centralizzata fra i due refettori, arredata — così come tutti i servizi, dei quali non è possibile, in un rapido sguardo delle magnifiche costruzioni, dare una dettagliata descrizione — degli impianti occorrenti per il perfetto funzionamento di un organismo così complesso, e che furono previsti con larghezza di vedute, con modernità di criteri, con razionalità di installazioni.

Degno di rilevo il fatto che tutto il materiale, studiato in ogni particolare, è il frutto selezionato di quanto meglio può oggi produrre l'industria italiana.

Citeremo, infine, nell'Istituto, la grande Aula per le lezioni; nell'Ospedale, l'artistico Teatro, capace di ottocento posti a sedere e le nobili decorazioni artistiche dei refettori eseguite dai pittori Roveroni e Rizzo.

### La cerimonia inaugurale.

La mattina del 1° dicembre, una eletta folla di invitati era raccolta nell'ampio teatro, ad attendere il Duce.

Di fronte all'ingresso principale erano schierati i gruppi rionali dell'Urbe, reparti di Giovani Fascisti e di Balilla, il Gruppo Universitario Fascista, la fanfara della Milizia.

Nel vasto atrio erano convenute le alte autorità dello Stato e le alte gerarchie del Partito; le LL.

EE. Starace, Baistrocchi, Ciano, Federzoni, Rossoni, Giuriati, Paolucci, Teruzzi, Volpi; i Sottosegretari di Stato e fra questi il conte Galeazzo Ciano, il Governatore di Roma, vari Presidenti di Confederazioni, il Segretario federale dell'Urbe, alti gradi della magistratura e dell'Esercito, ed altre autorità.

Il Duce — che vestiva l'alta uniforme di Comandante generale della Milizia — venne ricevuto da S. E. Bottai, dall'on. Morelli, dal prof. Medolaghi, direttore, e dal prof. Clerici, vice-direttore dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, dal conte Volpi, presidente della Confederazione Nazionale Fascista dell'Industria Italiana.

Al Capo del Governo sono stati anzitutto presentati i tisiologi convenuti dall'estero per l'occasione: Bezançon, segretario generale della Unione Internazionale contro la tubercolosi, Rist, Delille, Ameuille, Weil, Holle, Leclerq, Courmont, Derscheid, Sauerbruch, Neumann, Rabinovitch, Bruno Lange, Gütt, con i quali Egli si è affabilmente intrattenuto.

Quindi il Duce è salito su una automobile ed ha percorso parte dei venti chilometri di strade che si sviluppano intorno e nell'interno del Sanatorio. Ha poi assistito alla benedizione dal cardinale Marchetti Selvaggiani, e subito dopo ha incominciato la visita propriamente detta degli edifici, durata oltre un'ora, terminata la quale il Capo del Governo si è recato nel teatro, dove è stato accolto da una vibrante, entusiastica ovazione.

Prende quindi la parola S. E. Giuseppe Bottai, presidente dell'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale, il quale espone al Duce i dati più significativi dell'opera meravigliosa compiuta. Accenna alle costruzioni che l'Istituto ha già eseguito, o in corso, od ha in progetto in tutta Italia. Illustra la portata sociale, particolarmente significativa, della legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi e degli sviluppi che, particolarmente in Regime Corporativo, tale legge potrà assumere in un futuro molto prossimo. Sottolinea che dei 60 milioni spesi per la costruzione del « Benito Mussolini », oltre 18 milioni sono stati impiegati per le sole paghe operaie. Termina indicando l'Istituto che oggi si inaugura, come il segno tangibile del nuovo cammino del popolo italiano che, sotto la guida del Duce, « eleva la difesa della propria salute fisica a problema di dignità morale, di coscienza civile, di potenza politica; e provvede a risolverlo coi propri mezzi, col frutto del suo stesso lavoro, dominando e dirigendo il suo proprio destino ».

Lunghi e vibranti applausi accolgono le parole dell'on. Bottai a cui segue il conte Volpi di Misurata, che illustra l'importanza dei Corsi di Perfezionamento in Tisiologia istituiti dalla Confederazione Fascista dell'Industria nel 1927, corsi dai quali è uscita una falange di medici che sparsi in tutte le Provincie d'Italia formano il nucleo basilare di quella nobile crociata che il Duce ha bandito per la difesa e l'integrità fisica della Stirpe. Dichiara che la Confederazione continuerà a dare la sua collaborazione all'Istituto perchè l'opera meravigliosa sia continuata e se ne animi e potenzi sempre di più l'azione.

Si alza quindi a parlare il prof. Fernand Bezançon, il quale dichiara che l'Italia ha preso durante questi ultimi anni una tale posizione, alla testa della lotta antitubercolare, da giustificare la più rispettosa e calda ammirazione. « L'Istituto — egli aggiunge — rappresenta certo la più grande scuola di perfezionamento che in materia tubercolare esista nel mondo intero, e costituisce. il più grande sforzo che in questo campo sia stato fatto: sforzo così considerevole che molti dubitavano della sua realizzazione », la quale è stata possibile invece soltanto in virtù di quella legge di assicurazione contro la tubercolosi voluta dal Capo del Governo Fascista ». Esalta l'opera meravigliosa compiuta dagli studiosi italiani in questo campo, ricordando fra l'altro la meravigliosa scoperta di Carlo Forlanini, « che ha trasformato la tisiologia ed ha portato nella terapeutica della malattia il più grande progresso che si sia fin qui realizzato ». Termina esaltando il nome dell'Italia che Egli ama come una seconda Patria e di Roma in particolare.

Una calda ovazione corona le parole appassionate del prof. Bezançon, dopo il quale prende la parola l'on. prof. Eugenio Morelli, che esordisce esprimendo al Duce tutta la sua devozione e gratitudine per avergli concesso di realizzare l'opera magnifica che era nel suo sogno e che ricorda tutti i benemeriti che collaborarono alla non facile impresa. Espone quindi le direttive che guideranno gli sviluppi ulteriori del lavoro scientifico che sarà svolto nell'Istituto, intesi sopratutto a realizzare le forme migliori, che permettono di superare gli ultimi ardui ostacoli che ci separano tuttavia dalla vittoria più completa in questo importantissimo settore della difesa della Sanità della Stirpe. Esalta l'opera magnifica del Duce che in dieci anni ha ridotto da 60 mila a 35 mila i morti per tubercolosi nell'anno e termina rivolgendo al Duce un fervido affettuoso saluto di ringraziamento in nome di tutti i sofferenti che Egli ha aiutato, in nome di tutto il Popolo Italiano che Egli avvia verso le gloriose mete del futuro.

Una vibrante e prolungata acclamazione saluta la inspirata conclusione del discorso, con la quale si chiude la solenne cerimonia.

L'on. Starace ordina il saluto al Duce, a cui la folla dei convenuti risponde con un entusiastico « A Noi », più volte replicato. Quindi il Duce si allontana per continuare, guidato sempre da S. E. Bottai e dall'on. Eugenio Morelli, la visita del Sanatorio.

Quando il Duce, all'uscita dell'Istituto risale in automobile, è salutato da una calda ovazione della numerosa folla che si era raccolta sulla Piazza Forlanini.

F. Bocchetti.

**Opera Nazionale Maternità e Infanzia.**

Il 29 nov., sotto la presidenza di Sileno Fabbri, ha avuto luogo la riunione del Consiglio centrale dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia.

Il presidente ha fatto un'ampia relazione sull'attività svolta dall'Opera nel 1934: attività già nota attraverso i dati periodicamente pubblicati ed in base alle risultanze emerse dall'esperienza, ed ha tracciato il programma da svolgersi nel futuro anno, tenendo particolarmente presenti le esigenze di Roma.

Infatti, il Consiglio ha approvato, utilizzando anche munifiche elargizioni di benefattori, l'istituzione di una Casa della madre e del bambino nella zona della Farnesina, la costruzione di un asilo materno in Roma, capace di 300 letti, il quale

sorgerà nella zona di S. Onofrio, la costruzione della sede centrale dell'Opera, che sorgerà su area donata dal Governatorato al Lungo Tevere Ripa, di fronte al ponte Palatino.

Il Consiglio ha approvato, infine, il bilancio preventivo dell'anno 1935 ed ha deciso in merito alla concessione di medaglie d'oro e d'argento e di diplomi di benemerenza a coloro che si sono particolarmente distinti nel campo dell'assistenza alla maternità ed all'infanzia.

**Convegno medico sulla cura chirurgica della tubercolosi.**

Le Società di chirurgia lombarda e piemontese, la Società lombarda di medicina e la Sezione lombarda della Federazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi, si sono riunite il 25 novembre in convegno, a Milano. Erano presenti numerosi medici, alcuni dei quali giunti dall'estero. Alla presidenza del Convegno si sono alternati i proff. Donati di Milano e Uffreduzzi di Torino.

Il tema della cura chirurgica della tubercolosi, che era all'ordine del giorno, è stato svolto per la parte polmonare dal prof. M. Redaelli di Milano e per la parte osteo-articolare dal prof. A. Mezzari di Valdotra (Trieste). Sul tema sono state fatte numerose comunicazioni, tra le quali hanno suscitato particolare interesse quelle della scuola di Roma.

**Onoranze al prof. Galeazzi.**

Nell'aula magna della Regia Università di Milano, ad onorare il prof. Riccardo Galeazzi per il suo trentesimo anno di direzione dell'Istituto rachitici e di insegnamento universitario, sono convenuti il prefetto, il comandante del Corpo d'Armata, il primo presidente della Corte d'Appello ed i rappresentanti del podestà, del preside della Provincia, del Consiglio provinciale dell'Economia, della Cassa di Risparmio, Direzione di Sanità, Istituto lombardo di scienze e lettere, Società di Ortopedia, Sindacato medici, Provveditorato agli studi, Gruppo universitario fascista ed Opera Balilla. Assistevano pure il Rettore prof. Livini, il prof. Baslini, l'on. Donzelli, il Corpo accademico dell'Università e numerosi professori venuti di fuori.

Il generale Cottini, presidente del Comitato, a nome anche dell'Istituto dei rachitici ha offerto al festeggiato una medaglia d'oro in segno di riconoscenza per il trentennio di direzione; hanno parlato il sen. Rondoni per l'Università, il sen. Lustig per l'Opera Combattenti, l'on. Gorini per l'Associazione Mutilati, il prof. Palagi per gli allievi ed ammiratori, porgendo in omaggio un volume di studi medici in onore del prof. Galeazzi, il quale, commosso, ha risposto ringraziando.

**Una medaglia d'oro all'on. Morelli.**

In occasione dell'adunata a Roma delle forze sanitarie, i Segretari dei Sindacati provinciali fascisti dei medici hanno offerto una medaglia d'oro all'on. prof. Eugenio Morelli in riconoscimento dell'opera altamente lodevole da lui svolta in favore della classe. Il Gerarca, pure ringraziando per la cortese dimostrazione, pregò di ritirare la lusinghiera proposta, ma l'assemblea dei Segretari scattando in piedi confermò per acclamazione il suo intendimento, manifestazione di devozione verso l'egregio Gerarca.

**Scambio di assistenti di università italiane e straniere.**

Anche quest'anno, come negli anni scorsi, la Clinica Medica della R. Università di Bari, diretta dal prof. Luigi Ferrannini, ha attuato lo scambio dei propri assistenti con quelli delle Cliniche straniere.

Iniziatesi or sono due anni con la venuta presso di noi della sig.na dott.a Hinrichsen, assistente nella Clinica Medica di Amburgo, diretta dal prof. Brauer, alla quale diede il cambio il dott. Mea, detto scambio ha continuato ad effettuarsi l'anno scorso con il dott. Dobozj, della Clinica Medica di Budapest, diretta dal prof. Koranj, e quest'anno con il dott. Stötter, assistente della Clinica Medica di Berlino, diretta dal prof. Umber.

È con vero piacere che vediamo completamente attuate dalla R. Università di Bari le direttive emanate a questo riguardo dal Segretario del Partito.

## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI Roma, 17 Dicembre 1934 - XIII Num. 50

# "IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

## SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## Per l'anno 1935.

*Ai Medici Italiani,*

*"* **IL POLICLINICO** *,, iniziando il suo XLII anno di attività, trae norma dal suo passato e dalla meditata esperienza per il programma di attività futura.*

*I capisaldi della funzione e delle finalità de "* **IL POLICLINICO** *,, restano immodificati.*

*Fondamentale è la necessità di mantenersi in diretto rapporto e comunicazione spirituale con le varie forme di attività e di pensiero della classe medica.*

*Ciò è grandemente facilitato dalle possibilità che noi abbiamo di ben disporre e distribuire, nelle diverse nostre Sezioni, l'enorme materiale che ogni anno a noi affluisce.*

*Stanno in prima linea la* Sezione Medica, *diretta da* **Cesare Frugoni**, *e la* Sezione Chirurgica, *diretta da* **Roberto Alessandri**, *le quali, per la densità di materia, pur senza averne la pesantezza ed il volume, sono dei veri archivi, rispettivamente di* medicina *e di* chirurgia; *in queste è il materiale più importante, di trattazione più larga e di origine e finalità preminentemente scientifiche, destinato a chi promuove, compie e persegue il movimento strettamente scientifico delle nostre gloriose Scuole di Clinica e di Patologia e Ospedaliere.*

*Ma non per questo esse sono destinate a categorie di lettori necessariamente diversi; ormai la compenetrazione e collaborazione e, per così dire, l'ingranamento reciproco della* Medicina Generale *e della* Chirurgia *sono così stretti e immedesimati, che ogni medico e ogni chirurgo che viva e senta nella loro vera elevata complessità, nelle frequenti oscurità e difficoltà, gli ardui problemi scientifici e pratici, non può non seguire ad un tempo i progressi nell'un campo come nell'altro.*

*D'onde la necessità per un giornale a larga base o di riunire argomenti di Medicina e di Chirurgia e di dare molta parte ai problemi che sono alle zone limiti, che costituiscono argomenti e campi promiscui; o, come solo "* **IL POLICLINICO** *,, può fare, di avere al centro una* Sezione Pratica, *che tutto sintetizza e, alle ali, le due* Sezioni Medica *e* Chirurgica, *più specializzate.*

*Vero è che ogni medico deve o dovrebbe avere ad un tempo le tre parti; ma in questo modo «* **IL POLICLINICO** *», unico fra i grandi giornali di Medicina e Chirurgia d'Italia, può disporre armonicamente e largamente l'enorme materiale in utile preordinazione e ordinamento.*

*La* Sezione Pratica *manterrà fede al suo nome: destinata ai pratici, essa non raccoglie che problemi strettamente clinici di medicina e chirurgia pratica e aggiorna, nel modo più completo, il movimento internazionale.*

*D'onde articoli dai più vari paesi (molti lavori ci sono giunti dall'Estero), d'onde larga parte data alle* Lezioni cliniche *e ad importanti* Riviste sintetiche, *d'onde resoconti di congressi larghi e completi, che sono per così dire dei veri atti, sfrondati dalle cose inutili e ridotti alla parte sostanziale; d'onde larghe rubriche d'interessi professionali e sindacali, nonchè articoli di storia della medicina e l'interessante raccolta di notizie, anche dei più*

*lontani centri di studio, per cui in sguardo panoramico e sintetico i nostri lettori possono seguire il complesso movimento nazionale e internazionale.*

*La vita della Nazione è tutta permeata e raccolta in disciplinata attività. Ognuno si allinei al suo posto di lavoro per quell'armonia nazionale di produttività, di progresso e di sopraelevazione culturale e fattiva che è nelle alte finalità del Governo.*

*"* IL POLICLINICO *„ è al suo posto con ferrea volontà di lavoro e di progresso, fedele interprete dello spirito che ci anima in momenti di così enorme interesse, perchè mai come ora il progresso della Scienza e le sue immediate pratiche applicazioni hanno segnato tanto glorioso ritmo di conquiste e di vittoria.*

*LA REDAZIONE*

---

## Pubblicazioni SEMI-GRATUITE ai più solleciti:

# AVVERTENZA

**Coloro che invieranno entro il corrente mese l'INTERO importo di rinnovazione del proprio abbonamento per il 1935 ed aggiungeranno, al prezzo dell'abbonamento, l'importo qui sotto indicato, potranno ottenere a loro scelta le Opere qui appresso elencate: (*)**

*Con L.* **55**, *la seguente:*

1) MANUALE DI MALATTIE CUTANEE. (Dott. Prof. VINCENZO MONTESANO). In due volumi di complessive pagg. XXVIII-780, con 76 figure nel testo. Prezzo L. 110.

*Con L.* **30**, *UNA delle seguenti:*

2) DIAGNOSTICA MEDICA E MEZZI SUSSIDIARI DI LABORATORIO. (Prof. V. GIUDICEANDREA). Vol. di pagg. XVI-488, con 122 figure in nero e a colori nel testo. Prezzo L. 68.

3) LE MALATTIE DEL SANGUE. (Prof. M. GHIRON). Vol. di pagg. XII-416, con 49 figure nel testo e 5 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 68.

4) LA TUBERCOLOSI. *Lezioni e Conferenze del I° Corso di Tisiologia*, tenute nel Sanat. Militare di Anzio dai proff.: G. MEMMO, E. MARAGLIANO, V. ASCOLI, R. ALESSANDRI, A. DIONISI, E. MORELLI, A. BUSI, D. DE CARLI, S. RICCI, R. CIAURI, A. GERMINO, F. BOCCHETTI. (Raccolte e coordinate dal dott. F. BOCCHETTI). Prefaz. del prof. sen. E. MARAGLIANO. Vol. di pagg. XVI-344. Prezzo L. 60.

5) LA BLENORRAGIA NELLA DONNA. (Prof. O. VIANA). *Manuale ad uso dei medici pratici*. Prefazione del prof. P. L. BOSELLINI. Vol. di pagg. XII-456, con 22 figure nel testo e 7 su tre tavole a colori, fuori testo. Prezzo L. 58.

*Con L.* **25**, *UNA delle seguenti:*

6) CONVERSAZIONI E LEZIONI OSTETRICO GINECOLOGICHE *ad uso dei medici pratici*. (Prof. P. GAIFAMI). Prefazione del sen. prof. E. PESTALOZZA. Vol. di pagg. XII-544. Prezzo L. 50

7) MEDICINA TROPICALE E IGIENE MARINARA. (Dott. R. RIBOLLA). *Manuale teorico-pratico per i medici, con lettere*: di A. MURRI e di A. CASTELLANI. Vol. di pagg. XVI-491, con 39 figure nel testo. Prezzo L. 52.

8) IL PROBLEMA DEL CANCRO. (Dott. W. S. BAINBRIDGE). Traduzione, in riassunto, dalle edizioni inglese, francese e spagnuola, dei dott. G. PERILLI e A. POZZI. Prefazione del prof. R. ALESSANDRI. Il libro contiene, inoltre, un capitolo originale dello stesso prof. Alessandri e del prof. R. Brancati *Sugli studi e sulla lotta del cancro in Italia* e la *Bibliografia Oncologica Italiana*. Vol. di pagg. XVI-365. Prezzo L. 50.

9) IPOTENSIONE E IPOSFIGMIA - DEFICIENZE DI CIRCOLO. (Dott. A. LUISADA). Prefaz. del prof. C. FRUGONI. Vol. di pagg. XVI-352, con 52 figure nel testo. Prezzo L. 45.

10) NUOVE NOTE E LEZIONI DI CHIRURGIA PRATICA. (Prof. D. TADDEI). Vol. di pagg. IV-280, con figure nel testo. Prezzo L. 36.

*Con L.* **20**, *UNA delle seguenti:*

11) I CIRCOLI VIZIOSI IN PATOLOGIA. (J. B. HURRY). Traduzione dalla 3ª edizione inglese del dott. G. DRACOTTI. Vol. di pagg. VIII-296, con 23 tavole nel testo ed una a colori fuori testo, rilegato in tela. Prezzo L. 45.

12) LA VOCE PARLATA E CANTATA, NORMALE E PATOLOGICA. *Guida allo studio della fonetica biologica*. (Prof. G. BILANCIONI). Prefazione del prof. S. DE SANCTIS. Vol. di pagg. XII-502, con 194 figure originali nel testo. Prezzo L. 35.

13) LA TERAPIA SPECIALE DELLE FEBBRI PERNICIOSE. (Prof. F. TORTI). Traduzione del dott. G. LEGA. Vol. di pagg. XXXII-308, col ritratto del TORTI ed una tavola « LIGNUM FEBRIUM » fuori testo. Prezzo L. 40.

14) GLI STUDI DI CAMILLO GOLGI SULLA MALARIA, *raccolti e ordinati dal* Prof. A. PERRONCITO. Vol. di pagg. VIII-264, con figure nel testo e tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 45.

*Con L.* **15**, *UNA delle seguenti:*

15) DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE PARASSITARIE. (Prof. C. BASILE). Vol. di pagg. XII-262, con 18 tavole e 91 figure nel testo, più 2 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 33.

16) IL CUORE DEL TUBERCOLOSO. *Studio morfologico, clinico ed anatomo-patologico*. (Prof. D. MAESTRINI). Prefazione dell'on. prof. E. MORELLI. Vol. di pagg. VIII-236, con 107 figure e 60 tavole nel testo. Prezzo L. 30.

17) L'ESAME DELLA FUNZIONE RENALE CON I MODERNI METODI DI INDAGINE. (Prof. G. RAIMOLDI). Prefazione del prof. R. ALESSANDRI. Vol. di pagg. VIII-247, con figure nel testo. Prezzo L. 32.

18) L'ESAME FUNZIONALE DELL'APPARATO RESPIRATORIO. *L'insufficienza respiratoria in Clinica*. (Prof. R. MONTELEONE). Vol. di pagg. VIII-267, con 30 figure nel testo. Prezzo L. 30.

19) L'EDEMA POLMONARE ACUTO. (Prof. CESARE FRUGONI, con la collaborazione dei proff. G. Melli, E. Peserico, A. Luisada). Vol. di pagg. IV-232, con figure nel testo. Prezzo L. 24.

20) PANCREATITE ACUTA E CRONICA. (Prof. A. GASBARRINI, con la collaborazione del prof. G. Gherardini). Vol. in-8°, di pag. 300, con figure nel testo e due tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 30.

21) EUGENICA E STIRPE. (Prof. R. BOMPIANI). Prefazione del prof. sen. E. PESTALOZZA. Vol. di pagg. VIII-232, con 8 grafici nel testo e due tavole fuori testo. Prezzo L. 25.

22) IL FORCIPE. (Prof. F. LA TORRE), Seconda edizione riveduta e aggiornata dal prof. P. GAIFAMI. Vol. di pagg. IV-132, con 62 figure nel testo. Prezzo L. 24.

(*) È consentito richiedere più di una delle 52 pubblicazioni, aggiungendo il rispettivo loro singolo importo semi-gratuito.

**N. B.** - Per l'estero, allo stabilito importo semi-gratuito delle pubblicazioni, aumentare il 20 % per le occorrenti maggiori spese postali di spedizione raccomandata.

continua: **Pubblicazioni SEMI-GRATUITE ai più solleciti:**

***segue: Con L. 15, UNA delle seguenti:***

23) I FANCIULLI EPILETTICI. *Note patogenetiche cliniche di assistenza e di terapia.* (Prof. A. ROMAGNA MANOJA). Vol. di pagg. VIII-188, con 47 figure nel testo. Prezzo L. 22.

24) MANUALE DI TECNICA PER LA RICERCA MICROSCOPICA DEL SISTEMA NERVOSO. (Prof. W. SPIELMEYER). Traduzione italiana del dott. G. LIPPI FRANCESCONI, con prefazione del prof. G. B. PELLIZZI. Vol. di pagg. VIII-208. Prezzo L. 22.

***Con L. 10, UNA delle seguenti:***

25) COMPRESSIONI MIDOLLARI. *Rilievi clinici e guida diagnostica.* (Prof. G. BOSCHI e Dott.ssa M. CORI). Vol. di pagg. VIII-128, con 30 figure in nero ed a colori nel testo. Prezzo L. 18.

26) GLI ORMONI SESSUALI FEMMINILI. *Fisiologia e clinica dei presunti ormoni preipofisari e degli ormoni ovarici nei rapporti coll'apparato genitale.* (Prof. G. REVOLTELLA). Vol. di pagg. VIII-72, con 22 figure nel testo e due tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 18.

27) LO STATO ATTUALE DELLA RADIOTERAPIA GINECOLOGICA. (Prof. M. BOLAFFIO). Vol. di pagg. VIII-164, con 10 figure nel testo e 7 tavole fuori testo. Prezzo L. 20.

28) GINECOLOGIA E SECREZIONI INTERNE. (Prof. O. VIANA). Prefazione del prof. N. PENDE. Vol. di pagg. VIII-176. Prezzo L. 18.

29) L'ETÀ PUBERE NELLA DONNA. *Breve saggio di fisiopatologia costituzionale con un'appendice sulle anomalie della mestruazione dalla pubertà all'inizio della vita sessuale.* (Prof. R. BOMPIANI). Prefazione del prof. sen. E. PESTALOZZA. Vol. di pagg. VIII-128, con una grafica e 6 figure nel testo. Prezzo L. 16.

***Con L. 9, UNA delle seguenti:***

30) NUOVE VEDUTE SULLE INFEZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE. (Prof. G. SANARELLI). Vol. di pagg. VIII-184, con 28 figure nel testo. Prezzo L. 25.

31) LA CIRROSI EPATICA. *Studio critico e clinico.* (Prof. G. SABATINI). Vol. di pagg. VIII-102. Prezzo L. 15.

32) LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA. (*Fibrechia del cuore*) NELL'ASPETTO SUO DIAGNOSTICO. (Prof G. L. SACCONAGHI). Vol. di 200 pagine. Prezzo L. 20.

33) LA PSICANALISI. (Dott. G. DRAGOTTI). Seconda edizione accuratamente riveduta e ampliata. Prefazione del prof. SANTE DE SANCTIS. Vol. di pagg. VIII-96, con ritratto (in formato di mm. 90×135) di S. FREUD. Prezzo L. 14.

34) L'INSUFFICIENZA DEL CUORE *con speciale riguardo ai concetti moderni di Fisiopatologia.* (Dott. E. PERITI). Prefazione del prof. L. SICILIANO. Vol. di pagg. XII-118, con 24 figure nel testo. Prezzo L. 22.

35) I DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA. (Prof. A. ROMAGNA MANOJA). Vol. di pagg. VIII-196, con 12 figure nel testo. Prezzo L. 18.

36) LA MEDICINA PREVENTIVA E LA SELEZIONE PROFESSIONALE IN RAPPORTO ALLE ASSICURAZIONI SOCIALI. (Dott. O. BELLUCCI). Prefazione del prof. CARLO FOÀ. Vol. di pagg. VIII-168. Prezzo L. 18.

***Con L. 6, UNA delle seguenti:***

37) LA PERNICIOSITÀ NELLA MALARIA. (Prof. E. MARCHIAFAVA). Vol. di pag. 66, con tre grafiche nel testo e una tavola a colori fuori testo. Prezzo L. 12.

38) RAPPORTI FRA MALARIA E TUBERCOLOSI. (Dott. V. DE BERNARDINIS). Vol. di pagg. 144. Prezzo L. 18.

39) LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. *Note critiche e Osservazioni cliniche.* (Prof. E. TRENTI). Vol. di pagine 92, con 38 radiografie e 22 grafiche termometriche nel testo. Prezzo L. 20.

40) L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI. (Prof. P. STANGANELLI). Vol. di pagg. VIII-100. Prezzo L. 12.

41) MORFOLOGIA CLINICA E FISIOPATOLOGIA DEL CUORE. (Prof. A. ROSSI). Vol. di pagg. VIII-122, con 14 figure nel testo. Prezzo L. 15.

42) CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA. ANGIOGRAFIA. (Prof. D. MAESTRINI). Prefazione del prof. S. BAGLIONI. Vol. di pagg. VIII-168, con 64 figure nel testo. Prezzo L. 20.

43) GASTROPATIE E GASTROENTEROSTOMIA. *Studio clinico radiologico operativo.* (Prof. P. GILBERTI). Vol. di pag. 125, con 4 radiografie e 6 disegni semischematici originali di Anatomia chirurgica, nonchè la Storia e la Bibliografia sull'argomento dal 1881. Prezzo L. 15.

44) MANUALITÀ CISTOSCOPICHE. (Dott. G. M. GIULIANI) *ad uso dei medici pratici.* Vol. di pagine VIII-79, con 58 figure in nero e a colori nel testo. Prezzo L. 15.

45) RADIUMTERAPIA. *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. CAPPELLI). Vol. di pagg. IV-150, con 5 tavole e 5 figure nel testo. Prezzo L. 18.

***Con L. 5, UNA delle seguenti:***

46) LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. *Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.* (Dott. F. BOCCHETTI). Vol. di pagg. VIII-80, con 21 figure nel testo. Prezzo L. 12.

47) LA MALATTIA DI RECKLINGHAUSEN. NEUROFIBROMATOSI. (Dott. G. LIONETTI). Prefazione del prof. A. GALIMBERTI. Vol. di pagg. VIII-72, con 10 figure in 6 tavole fuori testo. Prezzo L. 12.

48) LA BISMUTERAPIA DELLA SIFILIDE. (Dott. F. TRAVAGLI). Vol. di pagg. IV-72. Prezzo L. 12.

49) TUBERCOLOSI ED ESERCITO. (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del prof. sen. G. SANARELLI. Vol. di pagg. VIII-56. Prezzo L. 10.

50) CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE. (Prof. A. CAPOGROSSI). Vol. di pagg. VIII-83. Prezzo L. 10.

51) L'INTOSSICAZIONE GRAVIDICA NELLA SUA GENESI E NELLE SUE FORME CLINICHE. (LEZIONI). (Prof. E. ALFIERI). Vol. di pag. 40. Prezzo L. 8.

52) SULLA NATURA DELLE TOSSICOSI GRAVIDICHE. (Dott. E. PASQUINI). Vol. di pag. 75. Prezzo L. 12.

(*) È consentito richiedere più di una delle 52 pubblicazioni, aggiungendo il rispettivo loro singolo importo semi-gratuito.
**N. B.** - Per l'estero, allo stabilito importo semi-gratuito delle pubblicazioni, aumentare il 20 % per le occorrenti mag-

## SOMMARIO.



# LAVORI ORIGINALI

ARCIOSPEDALE SS. SANCTORUM
e S. GIOV. LATERANO, ROMA - OSPIZIO UMBERTO I.
Primario: Prof. G. LAURENTI.

## La funzionalità epatica nei tubercolotici.

Dott. GIUSEPPE BARBÈRA, aiuto.

Il fegato è un organo ad attività biologica complessa, centro di funzioni essenziali nell'economia vitale dell'organismo, funzioni che non si compiono autonomamente nella cellula epatica, ma sono regolate da altri organi per mezzo di ormoni e paraormoni e in via riflessa dal sistema nervoso vegetativo.

Il fegato è a sua volta capace di influenzare con le sue secrezioni il metabolismo e gli scambi nutritivi dei tessuti, così che si può affermare che il normale svolgimento di molti dei processi vitali e l'equilibrio biologico stesso dell'organismo sia legato per buona parte al normale funzionamento del fegato.

È quindi evidente che, ogni qualvolta s'insedia in qualsiasi altro organo un processo morboso, la ghiandola epatica non può non risentire gli effetti dei materiali tossici o batterici liberantesi dal focolaio patologico, come non può non influenzare favorendola o contrastandola l'evoluzione del male.

Nella tubercolosi polmonare, malattia a decorso cronico, in cui tanta parte ha il fattore costituzionale per l'affermarsi e lo svolgersi dell'infezione, è particolarmente interessante esaminare sia le lesioni prodotte dalle tossine o dal bacillo di Koch stesso sul tessuto epatico, sia l'influenza di una disfunzione epatica sul decorso della tubercolosi polmonare, sia i segni con cui si possono mettere in evidenza le alterazioni della funzione del fegato.

Lo studio anatomo-patologico del fegato, compiuto oggi in modo veramente esauriente,

mette in evidenza la pressochè costante presenza di alterazioni anatomiche nel fegato dei morti per tubercolosi polmonare.

In una recente statistica di Salmon si trovano in cento casi, soltanto 9 istologicamente indenni. E anche in questi pochi si poteva osservare una picnosi del nucleo o la presenza di follicoli tubercolari. Bisogna aggiungere che « l'anatomia patologica risolve un problema di topografia e di statica », rimanendo muta su ciò che riguarda il problema dinamico o per meglio dire sulla funzione della cellula. L'istologia infatti può solo mettere in evidenza i disordini grossolani dell'architettura cellulare o del protoplasma senza che riesca a dar ragione di molti disturbi funzionali talora considerevoli.

Anatomopatologicamente è oggi dimostrato che all'infuori di una certa azione steatogena e cirrogena del b. di Koch, le epatiti tubercolari presentano i medesimi caratteri delle epatiti prodotte da qualsivoglia processo infettivo cronico.

Raramente in autopsie di ammalati morti per tbc. polmonare si riscontrò la coesistenza di lesione epatica grave, sopratutto cirrosi, e non fu sempre agevole stabilire quale delle due malattie fosse la primitiva. È interessante ricordare qui un certo numero di osservazioni (Fiessinger) in cui la tbc. era un epifenomeno in malati di fegato.

In questi casi l'alterazione epatica aveva verosimilmente reso più facile l'attecchimento del germe tubercolare.

L'influenza sfavorevole della lesione epatica sull'infezione tubercolare è particolarmente manifesta ove si consideri come negli alcoolizzati nervosi e latenti la tbc. polmonare sia molto meno frequente che negli alcoolizzati con degenerazione epatica.

Nelle epatiti croniche con ascite o con ittero la cutireazione alla tubercolina è negativa in più del 60 % dei casi, è debolmente positiva in meno del 30 %, nettamente positiva nel 10 % (Fiessinger).

In contrasto a ciò alcuni autori credono che le lievi lesioni della cellula epatica, messe a base del « piccolo epatismo » (Glénard) siano capaci di fornire un cattivo terreno per lo sviluppo della tbc.

« Piccolo epatismo », quadro nosologico fissato nei suoi limiti da Glénard e in cui rientra un complesso di turbe funzionali senza che ad esse debbano necessariamente corrispondere determinate alterazioni della cellula epatica. Insufficienza epatica quindi che influenza, secondo Lesage, sfavorevolmente o favorevolmente la diatesi artritica. Diatesi artritica che non è estranea essa pure, per quanto le moderne conoscenze lo consentono, alla difesa che l'organismo oppone al bacillo di Koch.

Molti autori, e tra questi il Pidoux, credono che esista una specie di antagonismo tra artritismo e tubercolizzazione, a tal punto che un artritismo franco e vigoroso si opponga allo sviluppo della malattia, e che nel trattamento della tisi si debba cercare sopratutto di provocare i reliquati dell'artritismo per ritardare la marcia della tubercolizzazione.

Queste idee non sono state in seguito condivise dalla scuola di Poncet e da Léon Bernard, che escluso l'antagonismo, hanno anzi affermato che la tbc. è capace come tutte le intossicazioni di creare l'artritismo. Tesi questa che ha trovato conferma negli esperimenti di Auclair, che con l'aiuto della cloroformobacillina è riuscito a realizzare la sclerosi tubercolinica, simile alla diatesi sclerogena dell'artritismo.

***

Le alterazioni della cellula epatica, come già abbiamo accennato si rivelano con segni clinici e funzionali di grado più o meno elevato.

Questi segni sono pressochè costanti nei malati di tbc. polmonare, ma come dice il Monceaux si rimane spesso sorpresi che con i sintomi più lievi, per lo più soltanto orinari o esclusivamente rilevabili con le prove funzionali, si dimostrino talora all'esame anatomico alterazioni di grado tanto avanzato.

Il compito di chi voglia esplorare la funzionalità del fegato si comincia a presentare arduo sin dalla scelta dei metodi, data la mancanza di un criterio uniforme che guidi queste indagini, data l'incertezza di giudizio sul loro valore e sull'interpretazione stessa di molte di queste prove.

Anche tenendo presenti le notevoli difficoltà che si incontrano nell'instituire prove dirette a saggiare la funzionalità del fegato e come numerosi e controversi siano per ognuna di esse i giudizi dati dai vari autori, non è possibile negare a queste comparativamente esaminate e applicate su gruppi di malati, un certo valore diagnostico.

Così a questo proposito si esprime Antonelli: « si può affermare che tutti i metodi di indagine per la diagnosi di insufficienza epatica sieno da considerarsi utili e talora preziosi, ma nessuno di essi, considerato a sè,

ha un significato univoco e patognomonico per la diagnosi stessa ».

Come abbiamo più sopra rilevato non è possibile per un organo a funzione complessa come il fegato dar valore a una prova isolatamente presa e considerata. Non solo, ma in genere le prove proposte a entrar nella pratica si dimostrano sufficienti a dare risultati apprezzabili soltanto nei valori medi di gruppi di casi.

Non era possibile per noi eseguire su ammalati di tbc. polmonare, per lo più gravi, tutte le prove consigliate, ma ci siamo limitati a quelle meno nocive e meno fastidiose per il soggetto in esame.

Per queste ragioni, all'infuori della semplice osservazione clinica (palpazione del fegato, ricerca della dolorabilità epatica, esame della funzione intestinale), abbiamo voluto negli stessi ammalati ricercare i sintomi orinari riferibili alla funzione epatica: urobilina, acetone, acido diacetico, nonchè alcuni segni ematici (glicemia) ed eseguire su un gruppo di essi le prove funzionali, quali la levulosuria e galattosuria, l'emoclasia digestiva con particolare riguardo all'esame morfologico del sangue e alle deviazioni dello schema di Arneth.

In alcuni ammalati è stato anche esaminato il comportamento del metabolismo basale.

Abbiamo necessariamente, come risulta dalle tabelle (1) suddiviso i malati in tre gruppi, seguendo un criterio anatomo-clinico: forme fibrose, forme scleroulcerose, forme ulcerocaseose, e rispettivamente in ogni gruppo gli ammalati sono stati suddivisi a seconda della loro età in giovani sino a 25 anni, età media sino a 40, età matura dopo i 40.

Questa ultima divisione è necessaria se si considerano le condizioni dell'organo epatico, fisiologicamente diverse per il lento e progressivo lavoro di disintossicazione e di elaborazione che conduce fatalmente, nell'andar degli anni, a una minorata resistenza, a una particolare suscettibilità della cellula epatica di fronte ai veleni o alle malattie.

Così abbiamo voluto anche suddividere gli infermi in febbrili e apiretici e tener conto della durata della malattia, per poter meglio valutare i varii fattori che contribuiscono o possono agire per sè nel determinismo delle alterazioni funzionali del fegato.

Nella tabella n. 1 sono raccolti i risultati dell'osservazione clinica portati su tutti i malati in istudio (166).

Nella medesima tabella trovano posto per brevità di spazio, anche i risultati dell'urobilinuria e della glicemia.

Nell'ultima colonna è espressa in cifre il numero dei malati in cui ogni segno riferibile a disfunzione epatica era assente.

Esaminiamo ora rapidamente il valore dei sintomi presi in esame:

*epatomegalia*: Glénard afferma che tutte le anomalie fisiche debbono far considerare quest'organo come ammalato nel momento, o come detentore di reliquati di un vecchio processo più o meno importante, ma tale tuttavia da aver lasciato nelle sue cellule una particolare suscettibilità. Naturalmente questo sintomo non può essere considerato in senso assoluto poichè è noto come in alcuni casi a un esame fisico negativo, possano corrispondere condizioni patologiche del fegato di un certo valore.

Più variabile, ma tuttavia anch'esso degno di considerazione è il *dolore*, l'iperestesia alla palpazione del bordo epatico, o un certo senso di pesantezza, di tensione all'ipocondrio destro irradiantesi qualche volta al torace, alla scapola o al quadrante inferiore destro dell'addome, ed acuito spesso negli intercorrenti disordini dietetici.

Altro sintomo di grande valore, anche se non sempre direttamente e unicamente imputabile alla disfunzione epatica, è la *diarrea*, che è sicuramente legata all'insufficienza del fegato quando di questa se ne abbiano già altri segni manifesti.

La diarrea può alternarsi a stipsi, può essere prandiale o post-prandiale, in alcuni casi si tratta di una vera e propria forma di enterite mucomembranosa, le feci possono essere ipocoliche o al contrario ipercoliche, molli.

Epatomegalia, dolore e diarrea, tre sintomi clinici elementari, facilmente rilevabili e importantissimi, presi nel loro complesso o tanto meglio completati dalle prove funzionali o dalle altre ricerche di laboratorio.

Uno sguardo alla tabella n. 1 in cui è riportato nelle varie colonne il numero dei malati in cui il sintomo ricercato era presente può già agevolmente darci una idea come nelle forme fibrose il reperto clinico sia pressochè negativo e come invece comincino a comparire con una certa frequenza segni di alterazione epatica quando la malattia dura da più di tre anni.

E per entrare in dettagli numerici diremo

(1) Per esigenze di spazio non è possibile pubblicare integralmente le tabelle 3 e 4 che saranno però allegate agli estratti del presente lavoro.

Tabella I.

| Età | Temperatura | Inferiore a un anno | | | | | | | Da uno a tre anni | | | | | | | Sopra ai tre anni | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Epatomegalia | Dolore epatico | Diarrea | Urobilina | Glicemia alta | Glicemia bassa | Nessun sintomo | Epatomegalia | Dolore epatico | Diarrea | Urobilina | Glicemia alta | Glicemia bassa | Nessun sintomo | Epatomegalia | Dolore epatico | Diarrea | Urobilina | Glicemia alta | Glicemia bassa | Nessun sintomo |
| **f. fibrose** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Giovani (sino a 25 a.) | apiressia | | | | | | | 2 | | | | | | | | 1 | | | | | | 2 |
| | febbrili | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Media (sino a 40 a.) | apiressia | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | 1 |
| | febbrili | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Matura (dopo i 40 a.) | apiressia | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | 1 | | | | |
| | febbrili | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| **f. ulcero-caseose** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Giovani | apiressia | | | | | | | 1 | | | | | | | 2 | 1 | | | 1 | | | 6 |
| | febbrili | | | 2 | 1 | | | | 3 | 1 | 2 | 1 | | 1 | | 4 | | 3 | 1 | 1 | | |
| Media | apiressia | 1 | | | | | 1 | | | 1 | | | | | 1 | 2 | | | 1 | | 1 | 3 |
| | febbrili | 1 | | | 1 | | | | 3 | | 1 | | 3 | 1 | | 4 | 1 | 1 | 1 | | 3 | 3 |
| Matura | apiressia | | | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | | | | |
| | febbrili | | | | | | | | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | | |
| **f. sclero-ulcerose** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Giovani | apiressia | | | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | febbrili | 1 | | 2 | 2 | | 3 | | 3 | 1 | | 1 | | | | | | | | | | |
| Media | apiressia | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | febbrili | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Matura | apiressia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | febbrili | 2 | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

subito come complessivamente su 15 ammalati di forma fibrosa, l'epatomegalia fosse presente in tre (malati da più di tre anni) la diarrea in due, il dolore epatico sempre assente. Nei 59 affetti da forma sclero-ulcerosa l'epatomegalia esisteva in 21, il dolore epatico in cinque, la diarrea in 10.

È quindi evidente come nelle forme sclero-ulcerose il quadro clinico assuma un aspetto decisamente più chiaro di alterazione epatica.

Rarissimi divengono i casi muti di sintomi. Soltanto al disopra del terzo anno di malattia, quando cioè la forma in un primo tempo evolutiva può considerarsi pressochè trasformata in fibrosa l'affievolirsi, lo scomparire dei segni di alterazione epatica dà una misura della sminuita intossicazione dell'organismo e della vittoriosa ripresa funzionale del fegato.

Nelle forme ulcerocaseose il reperto epatico

non è sempre così rilevante. Su 21 pazienti solo in sei è stata riscontrata epatomegalia, in due il dolore epatico, in due la diarrea. In questi casi si può pensare che il fegato sia capace di difendersi più facilmente dalle intossicazioni a carattere massivo (sopratutto quando avvengono nei giovani, ed è questo il caso) anzichè dalle cariche tossiche protratte per lungo tempo. Come altresì è importante osservare che le forme febbrili presentano un maggior numero di sintomi epatici in confronto alle apiretiche.

Dopo questo primo esame clinico dei nostri ammalati passiamo alla valutazione delle altre ricerche.

Senza addentrarci, per brevità, e per non uscire dai limiti del presente lavoro, nelle molte teorie patogenetiche dell'*urobilinuria* possiamo affermare con Fischler e Hiederbrandt la sua importanza semeiologica quale indice di insufficienza epatica.

È sempre infatti la cellula epatica alterata che fabbrica l'urobilina, quando è incapace di compiere normalmente la sua funzione pigmentaria (Hagem) o è la cellula epatica che lascia passare liberamente attraverso il fegato l'urobilina di origine intestinale (Fischler) o di origine renale o tissulare (Kunckel, Quincke, Brulé).

L'urobilinuria patologica è quindi un segno di grande valore che bisogna però saper opportunamente vagliare non dimenticando che si trovano spesso nelle orine dei soggetti normali traccie di urobilina. L'apprezzamento del suo valore dovrà essere basato sul grado di intensità della reazione e sulla densità delle orine.

Non possiamo dire di aver frequentemente riscontrato l'urobilinuria nei nostri ammalati, anzi possiamo affermare che questo sintomo è raro relativamente agli altri segni di disfunzione epatica. Per precisare riferiremo di aver rilevato la sua assenza in quindici forme fibrose, la presenza nove volte su 59 forme scleroulcerose, tre volte su 21 forme ulcerocaseose.

In fondo queste cifre sono quasi uguali a quelle osservate per la diarrea, a cui spesso l'urobilinuria si accompagnava (sei casi su 13). Ad ogni modo l'urobilina è stata riscontrata in ammalati sempre gravi o in età non più giovane e non possiamo quindi esitare a confermarne il valore come sintomo di sofferenza della cellula epatica.

Queste nostre cifre contrastano tuttavia con la percentuale di positività riferita da Aubertin (50 %) che ritiene l'urobilinuria una delle più sensibili prove di funzionalità epatica.

Insieme con l'urobilina abbiamo ricercato nelle urine l'acetone e l'acido diacetico, ma sempre con risultati negativi. Alcuni autori hanno rinvenuto traccie minime di acetone nelle forme evolutive o all'ultimo stadio e hanno voluto riferirne la presenza a un'insufficienza funzionale del fegato (Monceaux).

La rarità o l'assenza del reperto di acetone nelle orine non deve tuttavia meravigliarci, in quanto sappiamo come in questi ammalati l'aumento delle ossidazioni organiche si svolga prevalentemente a spese dei carboidrati, che per l'iperalimentazione attuata pressochè in tutti i tubercolotici non debbono difettare nel loro organismo.

La *glicemia* nei tbc. è stata in questi ultimi anni studiata su vastissima scala, senza giungere tuttavia a risultati precisi e definitivi e senza che questa ricerca potesse condurre a un orientamento sul metabolismo degli idrati di carbonio (Sweany, Landau, Brayer, Sartorelli, Hecht, Sajago, Dufour).

Le variazioni, sempre oscillanti nei limiti fisiologici, guidavano i vari ricercatori a ipotetici giudizi su un alterato ricambio degli idrati di carbonio, ricambio a cui sembrava dover presiedere la funzione epatica.

I risultati della glicemia a digiuno estesa a gran numero di malati o ripetuta in serie negli stessi ammalati, ha dato valori variabili in rapporto alla forma clinica od allo stato febbrile.

La glicemia alimentare non ha dato neppur essa insegnamenti importanti (Baudouin, Langston, Rouillard, Condorelli) e si è dovuto convenire che in nessun modo queste ricerche possono chiarire lo stato funzionale del fegato, ma possono al più indicare un disturbo nella glicoregolazione.

Indubbiamente il determinismo della glicosuria alimentare è infinitamente più complesso di come l'avevano pensato i primi sperimentatori e non è possibile trascurare nella sua interpretazione, l'importanza dei fenomeni di glicofissazione e di glicolisi che possono attribuirsi ai diversi tessuti dell'organismo (pancreas, muscoli, sistema nervoso, ghiandole endocrine).

Abbiamo voluto esaminare il comportamento della glicemia a digiuno su 166 malati. I risultati riassunti nella tabella n. 2 dimostrano una netta prevalenza dei valori medii con tendenza a cifre molto basse nelle forme gravi e febbrili (quali le broncopolmona-

TABELLA II.

| GLICEMIA | I gruppo forme fibrose | | II gruppo forme scleroulcerose | | III gruppo forme ulcerocaseose | | IV gruppo forme bronco-polmonari | | Totale | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Casi | % | Casi | % | Casi | % | Casi | % | Casi | % |
| Valori bassi 0,90-1,15 ‰ . . . . . | — | — | 24 | 29,9 | 16 | 27,7 | 8 | 66,6 | 48 | 28,9 |
| Valori medi 1,15-1,35 ‰ . . . . . | 6 | 40,9 | 42 | 51,2 | 30 | 51,7 | 4 | 33,4 | 82 | 49,4 |
| Valori alti 1,35-1,50 ‰ . . . . . | 8 | 59,1 | 16 | 19,6 | 12 | 20,6 | — | — | 36 | 21,7 |
| | 14 | 100 | 82 | 100 | 58 | 100 | 12 | 100 | 166 | 100 |

ri) alte nelle forme chiaramente benigne e apiretiche quali le fibrose. Con una parallela osservazione del metabolismo basale negli stessi malati abbiamo creduto di poter sperimentalmente stabilire come nei casi in cui la tbc. polmonare presenta particolare intensità di processi distruttivi esista una ipoglicemia che procede parallelamente ad un aumento delle ossidazioni organiche.

Con questo crediamo di aver indicato una possibile causa extraepatica nel meccanismo di glicoregolazione.

L'impossibilità di poter considerare la glicosuria o la glicemia alimentare quale prova specifica della funzionalità epatica potendo dar risultati positivi in molte malattie dei più svariati organi (pancreatiti, morbo di Basedow) o in malattie mentali o nervose e financo in soggetti sani ha consigliato lo studio dell'eliminazione di zuccheri affini, quali il levulosio (Strauss, Lépine) o il galattosio (Bauer).

Non è ancor oggi possibile dare un giudizio definitivo sul valore di queste prove in cui intervengono decisamente a turbarne i risultati condizioni variabili di assimilazione degli zuccheri nell'organismo e di permeabilità renale.

La *levulosuria* alimentare fu constatata per le prime volte da Strauss nel 90 % dei malati di fegato. Risultati contraddittori dovuti alle infinite cause di errore hanno di molto sminuito l'ottimistico giudizio del suo autore, ma non hanno tuttavia infirmato il valore di questa prova che in alcuni casi (cirrosi epatica, lesioni diffuse del parenchima epatico) è positiva nel 75-100 % dei casi (Goodmann, Thiessen).

Noi abbiamo ricercato la levulosuria in 11 ammalati somministrando al mattino a digiuno 100 grammi di levulosio (Kalbaum) in 200 grammi di acqua. Raccolte le orine delle sei ore successive, di due in due ore abbiamo ricercato su queste lo zucchero qualitativamente con il reattivo di Seliwanoff e quantitativamente con il polarimetro.

I risultati ci permettono di dire come secondo noi la levulosuria non sia in rapporto nè con gli altri segni di disfunzione epatica (urobilinuria), ipo- o iperglicemia, epatomegalia, diarrea). Nè è facile cogliere altre possibili cause (età, stato di nutrizione, febbre) di cui invocare l'intervento a spiegazione di tale fenomeno. Aggiungeremo che un soggetto perfettamente normale e giovane (il n. 11) si è trovata una levulosuria sino alla 4ª ora dopo l'ingestione.

La prova della *galattosuria* è da molti autori (Rouillard, Brulé) preferita in quanto si produce nell'uomo sano e nel malato con quantità molto minori che con il glucosio o il levulosio.

Inoltre il galattosio non è assimilabile che attraverso l'intermediario dell'attività epatica e ciò a differenza del glucosio che può essere direttamente utilizzato dai tessuti.

La tecnica è stata la seguente: si somministrano 40 grammi di lattosio (Merk) al mattino a digiuno in 200 gr. di acqua. Le orine delle 12 ore successive si raccolgono in porzioni di due ore in due ore e su queste si fa la prova con il reattivo di Nyländer e con il polarimetro. Questa prova sarebbe secondo Rombitche e altri particolarmente positiva nelle lesioni parenchimatose, mentre che mancherebbe costantemente nei casi di ittero meccanico.

Per quanto è consentito dall'esame dei risultati ottenuti dai nostri pazienti possiamo dire che la galattosuria è prova di maggiore sensibilità in confronto a quella della levulosuria, ma non è lecito giudicarla sufficientemente sicura per la diagnosi di insufficienza epatica.

L'alto costo del levulosio e del galattosio, la ripugnanza che i malati provano a introdurre questi zuccheri, il vomito che insorge facilmente poco dopo la loro ingestione, la

scarsa attendibilità dei risultati ci sembra infirmare molto il valore pratico di questa ricerca.

***

Indiscutibilmente maggior valore è stato conferito alle ricerche di alterazioni del sangue su cui si ripercuote costantemente lo stato del fegato. Ne derivano sicure modificazioni fisico-chimiche del siero o alterazioni morfologiche del sangue corpuscolato nonchè modificazioni degli epiteli vasali che pure essendo state oggetto in ogni tempo di particolare studio non sono ancor oggi esattamente conosciute.

Necessariamente abbiamo dovuto eseguire sui nostri ammalati (per la maggior parte gravi) soltanto le ricerche che esigevano minori manualità e sopratutto esigui prelevamenti di sangue a cui il tubercolotico si assoggetta così di malanimo. Il gruppo delle osservazioni si limita a 10 ammalati e ad un controllo sano. Il lungo tempo richiesto dai singoli esami (ove si voglia eseguirli con cura meticolosa) e la considerazione che un giudizio sufficiente si può esprimere dall'esame dei nostri risultati, ci ha sconsigliati di dilungarci nelle esperienze.

Come si può rilevare dalla tabella n. 3 e 4 le nostre ricerche vertono sull'emoclasia digestiva, sulla coagulabilità, sulla formula leucocitaria, sullo schema di Arneth.

Tra i vari riflessi dello stato epatico sul sangue degno di nota è senza dubbio quello della modificazione della *coagulabilità*, della formazione e qualità del coagulo, del tempo di emorragia.

Sappiamo infatti come il fibrinogeno abbia una origine prevalentemente epatica e come affezioni epatiche, sopratutto acute, in cui più frequenti sono le emorragie spontanee, la diminuita coagulabilità sia in rapporto alla diminuzione di questo fermento nel sangue.

La valutazione del tempo di emorragia o della rapidità di coagulazione del sangue saranno perciò secondo Gilbert prove di funzionalità epatica di grande valore.

È impossibile anche qui tuttavia sgombrare il campo dai molti altri momenti causali che si intrecciano a spiegare la scarsa coagulabilità: riduzione del fibrinogeno, deficienza di trombochinasi, modificazione dei fattori anticoagulanti.

Sembra ad ogni modo accertato (Rondoni) che nell'anemia e nella cachessia (così frequente nei nostri ammalati) l'ipocoagulabilità rappresenti un passaggio a quei casi in cui la coagulabilità è modificata non per alterazioni del vero processo di coagulazione, ma per oscillazioni in più o in meno del materiale coagulabile: il fibrinogeno.

Nei nostri ammalati abbiamo studiato il tempo necessario perchè si inizi la coagulazione del sangue, tempo che nel sangue umano normale è valutato a 3-4 minuti.

Gli esami sono stati ripetuti quattro volte di mezz'ora in mezz'ora parallelamente alle altre ricerche ematologiche eseguite per la crisi emoclasica. I pazienti avevano ingerito mezz'ora prima 200 gr. di latte.

I risultati sono stati i seguenti: più rapida coagulabilità del sangue in cinque malati di cui tre presentavano altri sintomi di disfunzione epatica. L'inversione del fenomeno, cioè aumento del tempo di coagulabilità negli altri cinque di cui tre gravissimi e due indenni da altri sintomi epatici. Non si sono riscontrate variazioni nel controllo normale.

In linea generale possiamo dire di avere osservato che la più rapida coagulabilità si verifica non al 40° minuto (come alcuni autori affermano) ma molto più tardi (all'80°).

Spendiamo per brevità poche parole sull'*emoclasia digestiva* giudicata in passato quale prova estremamente sensibile per scoprire una insufficienza epatica.

Il fenomeno studiato da Widal è, come è noto fondato sulla incapacità della cellula epatica alterata di opporsi al passaggio nella circolazione generale dei proteici incompletamente disintegrati, provenienti dall'intestino.

La crisi emoclasica consiste come è noto nella leucopenia, nella caduta della pressione arteriosa, in disturbi della coagulazione, nell'inversione della formula leucocitaria e nell'abbassamento dell'indice refrattometrico. Questi fenomeni si osserverebbero al massimo 40' dopo l'ingestione di 200 grammi di latte per ritornare nella normalità in capo a un'ora circa.

L'utilità semeiotica di questa prova non è è però riconosciuta da tutti gli autori. Così Aubertin crede che i disturbi digestivi e neurovegetativi possono intervenire nella produzione della emoclasia digestiva. L'osservazione che la compressione del vago al collo o la compressione dei globi oculari sono capaci di determinare una leucopenia hanno confermato l'importanza dell'intervento del sistema vegetativo (Claude, Schiff, Engelmann). Secondo Glaser il quadro leucocitario nella prova di Widal dipende dalle variabili condizioni del tono sia del vago (leucopenia) sia del simpatico (leucocitosi).

Ad ogni modo non sembra più oggi possibile parlare di costituzione vagotonica o simpatico-tonica in senso assoluto ma al più di orientamento del sistema endocrinoneurovegetativo.

Chè se potessimo accettare per intero la classifica in due grandi categorie: simpaticotonia e vagotonia, i nostri ammalati potrebbero quasi tutti essere assegnati alla prima di essi.

Basterà pensare come frequenti siano nel tubercolotico i sintomi di tachicardia, facile sudorazione, lucentezza degli occhi e talora esoftalmo e leggera tumefazione della tiroide, irrequietezza, e come spesso si abbia la negatività della prova di compressione del vago al collo o dei bulbi oculari.

Ricorderemo anche come in un precedente lavoro abbiamo avuto nei medesimi ammalati che sono oggetto di questo studio un M. B. con valori medi nel 19,2 % e alti nel 15,4 % delle forme scleroulcerose, con valori medi del 50 % e alto nel 43,6 % nelle forme ulcero-caseose, con valori alti nel 100 % delle forme broncopolmonari.

Abbiamo perciò riportato nella tabella n. 3 i valori dell'M. B. e dall'esame di essi è agevole rilevare come essi siano sempre più o meno aumentati dalla norma.

L'esame delle tabelle n. 3 e 4 dimostra come i risultati ottenuti con la prova di Widal possano da noi esser ritenuti positivi per una insufficienza epatica in quasi tutti i malati.

I tre segni classici: leucopenia, caduta della pressione arteriosa, ritardo della coagulabilità sono stati quasi sempre presenti spesso prolungandosi al di là del 40° minuto e dando luogo talora ad una conseguente elevazione delle varie cifre.

Noteremo incidentalmente come frequente sia la leucocitosi nei tbc. e come il sangue per lo più idremico, abbia un tempo di coagulabilità aumentata.

Per quanto riguarda la formula leucocitaria, dobbiamo dire di non aver mai riscontrato una netta inversione di essa.

Abbiamo voluto per analogia completare l'esame morfologico del sangue con la suddivisione dei globuli bianchi secondo lo schema di Arneth. Possiamo affermare di aver avuto con questo esame collegato alla prova di Widal risultati veramente soddisfacenti in quanto tutti i malati hanno mostrato una netta deviazione a sinistra, tranne il controllo normale che aveva dato risultati negativi anche alle altre ricerche.

## CONCLUSIONI.

Con le esperienze compiute sui nostri ammalati abbiamo inteso saggiare le principali funzioni epatiche con i metodi di indagine più comuni.

Abbiamo necessariamente trascurato la funzione del ricambio albuminoideo, che formerà oggetto di uno studio attualmente in corso.

Come abbiamo sopra riferito era nostro intendimento indagare se fosse possibile dimostrare in vita alterazioni epatiche nel tubercolotico, così frequentemente, come lascerebbero supporre i reperti di autopsia.

I metodi a nostra disposizione non ci consentono un assolutismo di giudizio perchè fallaci essi stessi, sia pure se considerati nei loro risultati su un numero discreto e talora rilevante di osservazioni, sia se si stabilisca un confronto tra le varie prove.

È per questo che ci sembra impossibile stabilire una percentuale statistica anche negli esami condotti su tal numero di malati da giustificarne l'esatta espressione.

Uno sguardo attento alla tabella n. 1 convincerà tuttavia che esiste una frequenza di segni epatici in rapporto al grado, alla forma, alla durata di malattia.

Senza ripeterci su quanto è già stato detto confermeremo come la massima presenza di sintomi si abbia nelle forme scleroulcerose dalla fine del primo anno a tutto il terzo anno di malattia con maggiore frequenza nelle forme febbrili e nell'età media e matura.

Osservazione questa di grande valore, documentata con prove cliniche facili a eseguirsi, accessibili alla pratica giornaliera.

L'esame analitico dei casi in cui è stata eseguita la prova di Widal ci dà un altro elemento in appoggio alle nostre conclusioni e conferma l'importanza di questa ricerca, per le ragioni già citate nell'indagine della funzionalità epatica nel tbc.

Non egualmente favorevole è il nostro giudizio sulle prove di levulosuria e di galattosuria compatibilmente al numero degli esperimenti eseguiti.

È comunque accertato che la tubercolosi nelle sue forme gravi e protratte al di là di un anno apporta sempre danni più o meno considerevoli al parenchima epatico, danni reparabili ove l'intensità dell'infezione possa essere attenuata mediante il valore dei mezzi difensivi dell'organismo, definitivi quando la durata dell'infezione o la gravità di essa sorpassi determinati limiti.

Pur comprendendo tutte le difficoltà che si oppongono a chi voglia precisare se la lesione epatica è costantemente presente, sia nei casi iniziali, come in quelli a lungo decorso, noi siamo propensi in considerazione ai risultati dei nostri esperimenti a rigettare l'affermazio-

ne di alcuni autori (Bonnamour, Brissaud) secondo i quali sempre il fegato è più o meno leso nel tubercolotico.

Ma un altro quesito ancora ci siamo posti: La lesione della cellula epatica, la disfunzione di un organo importante come il fegato quali influenze esercita sul decorso e infine sulla prognosi della malattia tubercolare?

L'esame dei protocolli che per brevità dobbiamo omettere ci dà ancor oggi a distanza di più di un anno dall'esecuzione dei nostri esperimenti, dopo un aggiornamento clinico dei soggetti in esame, la conferma del valore dell'integrità epatica per il favorevole andamento della tubercolosi.

Possiamo quindi convenire che le varie prove funzionali del fegato eseguite parallelamente nel medesimo soggetto ci danno una misura reale dello stato della cellula epatica e rappresentano sempre un elemento probativo di indiscusso valore per il definitivo giudizio pronostico.

Roma, 3 ottobre 1933-XI.

## RIASSUNTO.

L'A. si è ripromesso di saggiare su 166 malati di tbc. polmonare le principali funzioni epatiche.

I metodi d'indagine in parte clinici (epatomegalia, dolore epatico, diarrea), chimici (urobilina, acetone, acido diacetico) sono stati completati da ricerche ematologiche (glicemia, prova di Widal, schema di Arneth) e dalle prove di levulosuria e galattosuria.

Con queste ricerche l'A. si è prefisso lo scopo di indagare se sia possibile dimostrare in vita alterazioni epatiche nel tbc. così frequentemente, come lascerebbero supporre i reperti di autopsia.

Con qualche riserva sul valore dei mezzi d'indagine a disposizione dello sperimentatore, crede accertato che la tbc. nelle sue forme gravi e protratte al di là di un anno apporta sempre danni più o meno considerevoli al parenchima epatico, danni reparabili ove l'intensità dell'infezione possa essere attenuata mediante il valore dei mezzi difensivi dell'organismo, definitivi quando la durata dell'infezione o la gravità di essa sorpassi determinati limiti.

L'A. si è inoltre proposto di chiarire se la lesione della cellula epatica, la disfunzione di un organo importante come il fegato potesse influenzare il decorso o aggravare la prognosi della malattia tubercolare.

L'esame dei protocolli, aggiornati a più di un anno di distanza dall'esecuzione degli esperimenti conferma il valore dell'integrità epatica per il favorevole andamento della tubercolosi.

Si è quindi autorizzati a concludere che le varie prove funzionali del fegato eseguite parallelamente nei medesimi soggetti danno una misura dello stato della cellula epatica e rappresentano sempre un elemento probativo di indiscusso valore per il definitivo giudizio pronostico.

## BIBLIOGRAFIA.

Antonelli. *L'insufficienza epatica.* Federazione Medica, 1930.

Aubertin. Thèse de Bordeaux 17-I-1929.

Alzona. *La funzione epatica nelle varie forme della tubercolosi polmonare.* Minerva Medica, 1932, n. 14.

Brignard. Presse Méd., pag. 1210, 1932.

Brulé. Ibid., pag. 164, 1932.

Chiray-Thielaut. *Les fonctions hépatobiliaires. Physiologie. Explorations.* Masson, 1930.

Condorelli. *La glicemia alimentare.* Policlinico, Sez. Med., 1926.

Dominici. Policl., n. 3, 1930.

Eppinger. *Die hepatolienalen Erkrankungen.* Springer, 1920.

Fiessinger-Walter. *L'exploration fonctionelle du foie.* Masson, 1924.

Glenard. *L'hépalisme.*

Lepehne. *Die Leberfunktionprüfung.* Verdanungs u. Stoffwechsel Krankh., Bd. VIII, Heft., 1923.

Monceaux. *Troubles des échanges nutritifs dans la tuberculose pulmonaire.* Girault, 1929.

Pedro M. Re. *Sulla esplorazione funzionale del fegato.* Policlinico, Sez. Med., 1928.

Rondoni. *Biochimica.*

Rolleston. *Prove di funzionalità epatica.* Policlinico, 1932, 6.

Staub. *Insufficienza epatica.* Ibid., 1932, 6.

Tonietti. *Sul valore di alcuni metodi d'indagine della funzionalità epatica.* Policl., Sez. Med., 1928.

*N. B.* - Una più copiosa documentazione è annessa agli estratti.

# TECNICA CHIRURGICA

## Considerazioni sulla tecnica della craniotomia. Un nuovo craniotomo (1).

GUIDO EGIDI.
Chirurgo dell'Ospedale di S. Spirito - Roma.

Per aprire la scatola cranica l'arte chirurgica si serve di strumenti mediante i quali tratti circoscritti di osso vengono sottoposti a forze che li rompono.

L'efficacia rompente dipende dal rapporto tra forza impiegata e resistenza opposta dall'osso.

Se la forza è relativamente piccola l'osso non subisce che una deformazione elastica. Quando la forza è superiore al limite di elasticità, avviene la rottura e la rottura è netta quando la resistenza ossea è stata vinta istantaneamente.

La resistenza di un materiale dipende dalla sua qualità, dal suo spessore e dalla superficie sulla quale viene applicata la forza.

Non possiamo modificare nè la qualità di struttura nè lo spessore dell'osso; però possiamo scegliere la grandezza della superficie ossea da attaccare scegliendo quella degli strumenti attaccanti. Le forze agiscono in diversi modi: per trazione, per pressione, per torsione, per flessione. E rispetto a ciascuno di questi modi i diversi materiali resistono in modo diverso.

La resistenza dei materiali che servono nelle arti tecniche è esattamente conosciuta; ma per l'osso si sa poco. Pare che resista più alla pressione che alla trazione e che sotto queste due azioni resista meno del bronzo e dell'ottone e più del legno.

Questi materiali hanno coefficienti di resistenza che variano tra 8 e 20; cioè la trazione o la compressione sopportabile da ogni millimetro quadrato di sezione è 8-20 chilogrammi.

Il coefficiente di resistenza dell'osso, anche dell'osso compatto che è il più resistente, non supera questi valori.

L'energia che di solito viene applicata agli strumenti per ossa è abbondante.

Consideriamo lo scalpello: la superficie di applicazione, che è la linea di taglio, è minima e la forza di un colpo di martello è grande. Percuotendo con un martello un dinamometro clinico, si hanno facilmente valori superiori a quelli che, dallo stesso strumento, può ottenere un uomo robusto stringendo la mano con tutta la forza.

Ecco perchè lo scalpello è lo strumento che va sempre bene. Se vogliamo evitare le scosse che il martello imprime nelle successive azioni istantanee, occorre che ricorriamo ad una sorgente capace di erogare continuamente un'energia superiore alla resistenza che lo strumento incontra lungo il cammino.

Impiegando una forza tanto superiore alla resistenza che questa diventi in proporzione trascurabile, si lavora l'osso senza sforzo; ma, per non recar danni collaterali, occorre una forza docile.

La potenza necessaria viene abitualmente fornita dall'elettricità o dai muscoli dell'operatore.

Per mezzo di motori elettrici si mettono in azione seghe, trapani, frese, alesatori, e si fà ogni lavoro osseo. Ma si è ben lungi dall'avere nella forza elettrica una potenza perfetta.

Il lavoro elettrico, che di solito si compie celeremente, può dar origine a danni collaterali, se non si riesca a ben dirigerlo ed a frenarlo in tempo; d'altra parte un motore, anche forte, può diventare insufficiente di fronte ad un aumento di resistenza da superare a tempo di regime.

Inoltre gli utensili che lavorano rapidamente scaldano e scaldano molto quando lavorano con poca efficacia.

Gli strumenti non elettrici, dei quali voglio occuparmi, sono macchine nelle quali l'energia muscolare viene potenziata per fornire lavoro in modo agevole.

Alcuni di essi sono ideati per tagliare l'osso ed il taglio viene eseguito asportando a gradi a gradi piccoli pezzi di osso, partendo da un foro già fatto con altri mezzi.

Appartengono a questa categoria i craniotomi che, a rigor di termini, sono tanaglie ossivore. Ve ne sono molte specie e le differenze tra loro consistono nella forma dei morsi o nella situazione e nel numero delle articolazioni.

Il principio meccanico fondamentale della loro costruzione è quello delle tenaglie; e la tenaglia, come si sa, è composta di due leve di primo genere accoppiate da un'articolazione.

Nella chirurgia, tra quelli più noti e che hanno dato origine al maggior numero di sottospecie, voglio solo ricordare gli strumenti di Lüer, di Montenovesi, di Citelli e di Dahlgren.

La potenza che mette in azione tutti questi strumenti è fornita dalla stretta della mano dell'operatore.

---

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia Medica di Roma nel giugno del corr. anno.

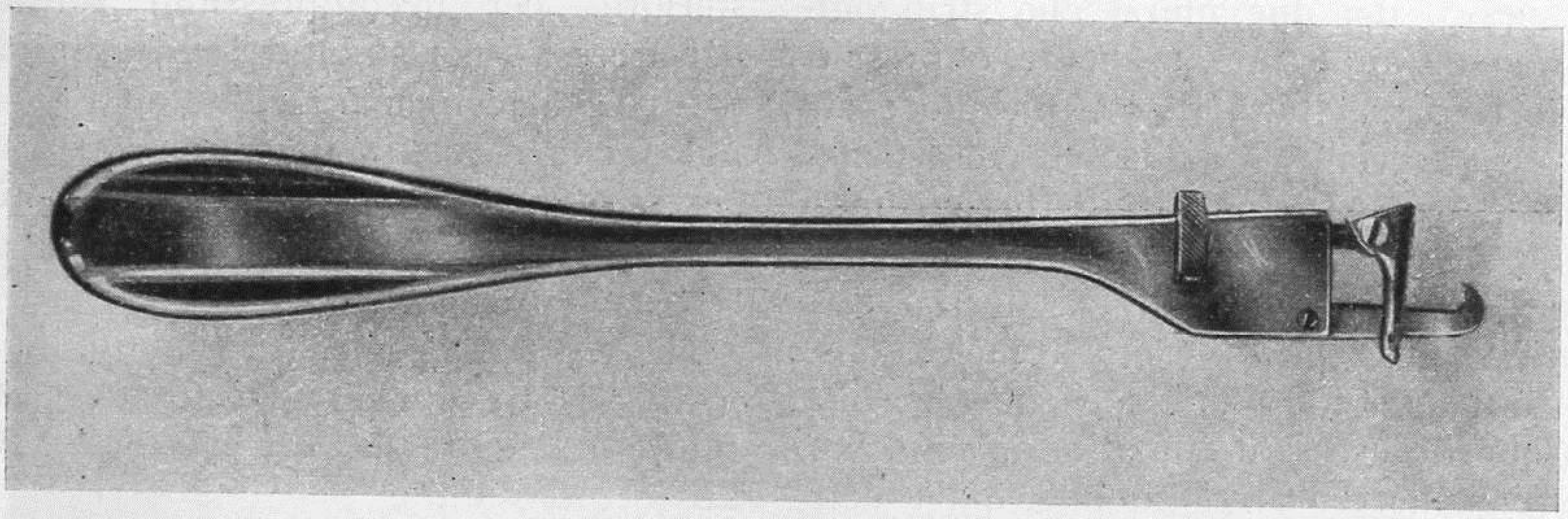


FIG. 1.

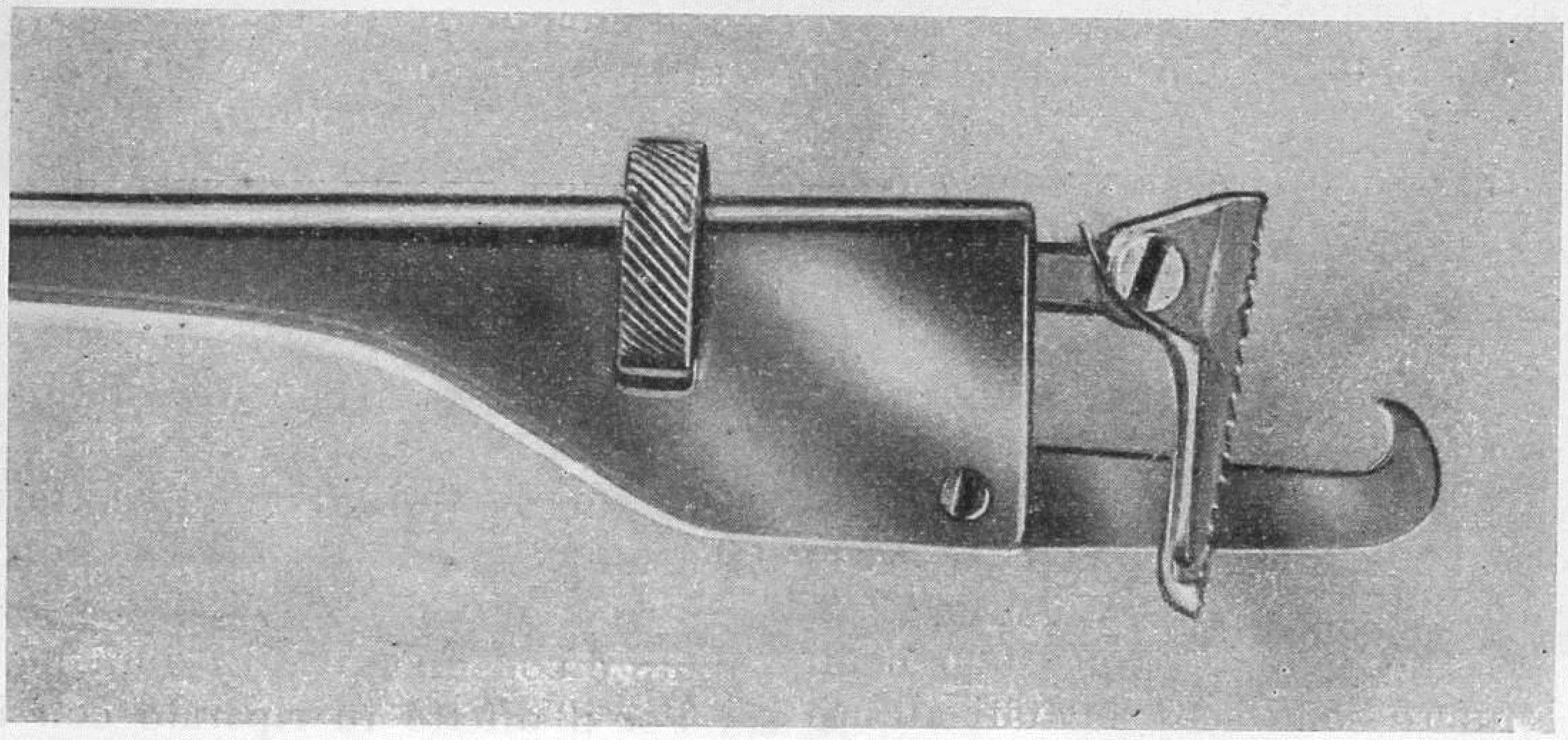


FIG. 2.

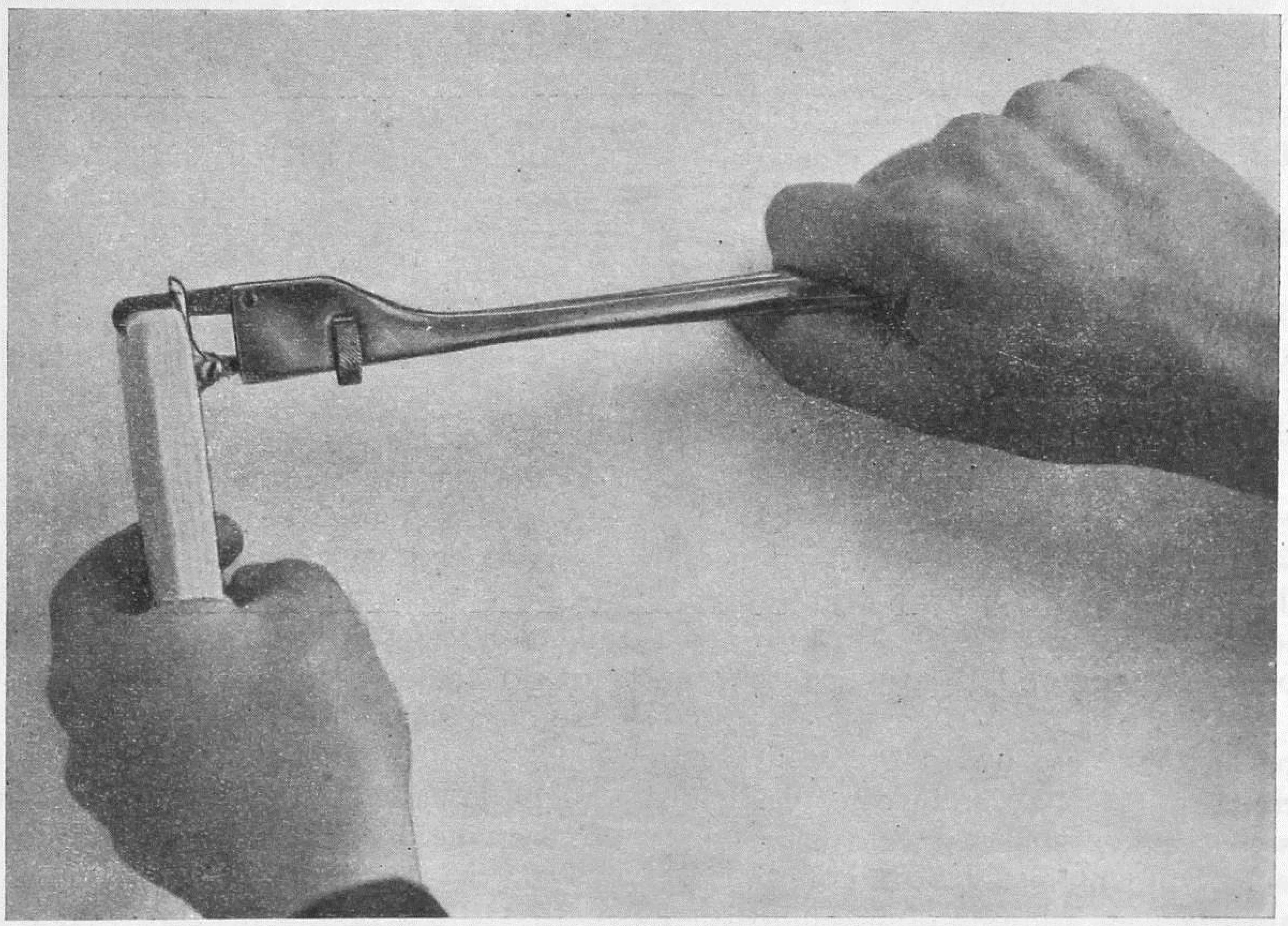


FIG. 3.

Molto spesso, dei due morsi che stringono l'osso, uno è grande non tagliente e presenta una specie di cavità, l'altro è piccolo e affilato: è una specie di punzone che, penetrando nella cavità dell'altro, flette e rompe l'osso interposto.

Per questa costruzione la forza fornita dall'operatore viene utilizzata solo a metà come potenza rompente, l'altra metà viene assorbita dall'osso che deve essere conservato.

Queste considerazioni, stimolate dalla constatazione che l'uso della tenaglia ossivora stanca la mano e la dispone malamente a lavori delicati successivi, mi hanno risolto a far costruire lo strumento che presento.

Esso, meccanicamente considerato, è una leva.

Se invece di usar due leve, come nella tenaglia, ne usiamo una sola, la forza impiegata è utilizzata tutta per rompere l'osso. Inoltre la forza è fornita dalla spinta del braccio invece che dal serramento della mano, il quale in definitiva è determinato dai flessori delle dita.

Come è noto, la leva ha bisogno di un punto di appoggio; la scelta di esso è stata la parte più delicata del problema.

Nelle leve che ho fatto costruire uno degli estremi ed il fulcro sono stati adattati all'uso speciale che occorre. Al braccio corto della leva, che deve vincere la resistenza ossea, è stato aggiunto un uncino articolato. Il fulcro è stato posto su un piede parecchie volte più ampio dell'uncino (fig. 1-2-3).

Il piede trova appoggio sul cranio su un tratto osseo relativamente grande rispetto a quello che l'uncino deve rompere e ad esso vicino.

Lo istrumento è riuscito così potente che non v'è spessore di osso capace di resistere. E lo sforzo dell'operatore non è grande e non è fornito dai muscoli che dovranno lavorare in seguito.

Considerato dal punto di vista chirurgico, l'uso di questo craniotomo:

1) esige un solo foro cranico;

2) lavora dall'interno all'esterno e perciò non ha bisogno di protettori per evitare lesioni delle meningi e dei suoi vasi;

3) produce un taglio stretto quanto l'uncino;

4) permette di eseguire tagli a direzione curva, come occorre nei lembi osteoplastici.

Ho usato craniotomi di tal genere in 7 craniotomie eseguite in questi ultimi mesi.

Di esse una è una craniotomia definitiva o craniectomia che dir si voglia. Le craniotomie definitive sono di due specie. Quelle che si eseguono per tumori della fossa cranica posteriore, per decompressioni sottotemporali, per ascessi o per ematomi endocranici dal punto di vista tecnico non hanno nulla di tipico: l'atto che si compie è una distruzione per spezzettamento di un tratto osseo più o meno esteso. Per eseguir tale atto non sono necessari strumenti speciali.

Ma v'è una specie di craniotomia definitiva nella quale occorre asportare un pezzo d'osso intero mediante un taglio che lo separi dall'osso circostante.

Questa specie di craniotomia conviene nei tumori ossei. Essa ha bisogno di strumenti tanto efficaci, quanto quelli che si usano nelle craniotomie osteoplastiche. Il caso che io ho trattato è di questa categoria. Si trattava di un tumore parieto-occipitale, metastasi apparentemente unica di un adenoma tiroideo istologicamente benigno operato da me stesso quattro anni avanti. Il tumore era emisferico ed aveva un diametro di circa 8 cm.

Distaccati i tegumenti con un grande lembo a peduncolo postero-esterno, praticato un foro sull'osso sano vicino, il tratto osseo contenente il tumore fu circondato con un taglio ed asportato in un solo pezzo insieme col tumore e con un tratto di dura madre aderente.

Poi il difetto fu riparato con innesti osteoperiostali.

In quattro casi si trattò di craniotomie osteoplastiche di tipo comune. Si trattava tre volte di tumori cerebrali, una volta di meningite cronica circoscritta con sinechie. I lembi furono temporo-parietali situati ora un po' più verso la fronte, ora un po' più verso l'occipite, del diametro di circa 12 cm. con peduncolo situato all'esterno e in basso. In tutti i casi fu traversata la regione dell'a. meningea media senza danni. Ad essi si riferiscono i radiogrammi delle figure 4 e 5.

In due casi le craniotomie furono fatte per raggiungere l'ipofisi. Interessavano l'osso frontale, il parietale, la squama del temporale e la grande ala dello sferoide e traversavano il tratto di osso cranico più difficile a tagliare.

Esso è situato vicino alla base della fossa frontale, al limite tra osso frontale e grande ala dello sferoide.

Quivi l'osso frontale presenta una cresta che prolunga lateralmente la sporgenza della piccola ala dello sfenoide. La detta cresta aumenta la resistenza ossea ed è difficile a seguire, perchè si insinua tra i lobi frontale e temporale dei quali marca il confine.

In tutto il cranio un tratto ad esso paragonabile si trova sulla linea mediana del frontale, al disopra dell'apofisi *crista-galli*. Ma tale tratto viene evitato nelle craniotomie.

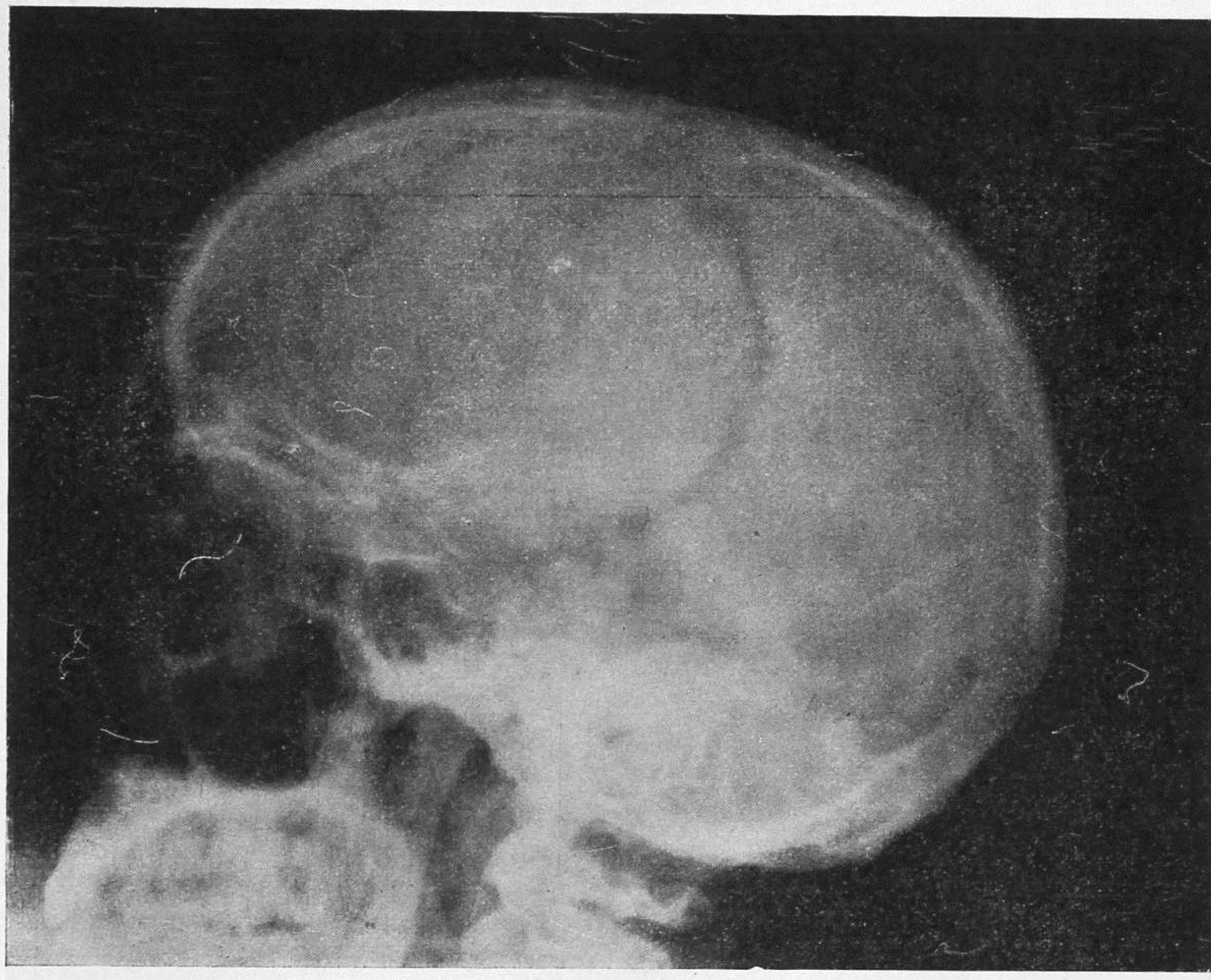


FIG. 4.

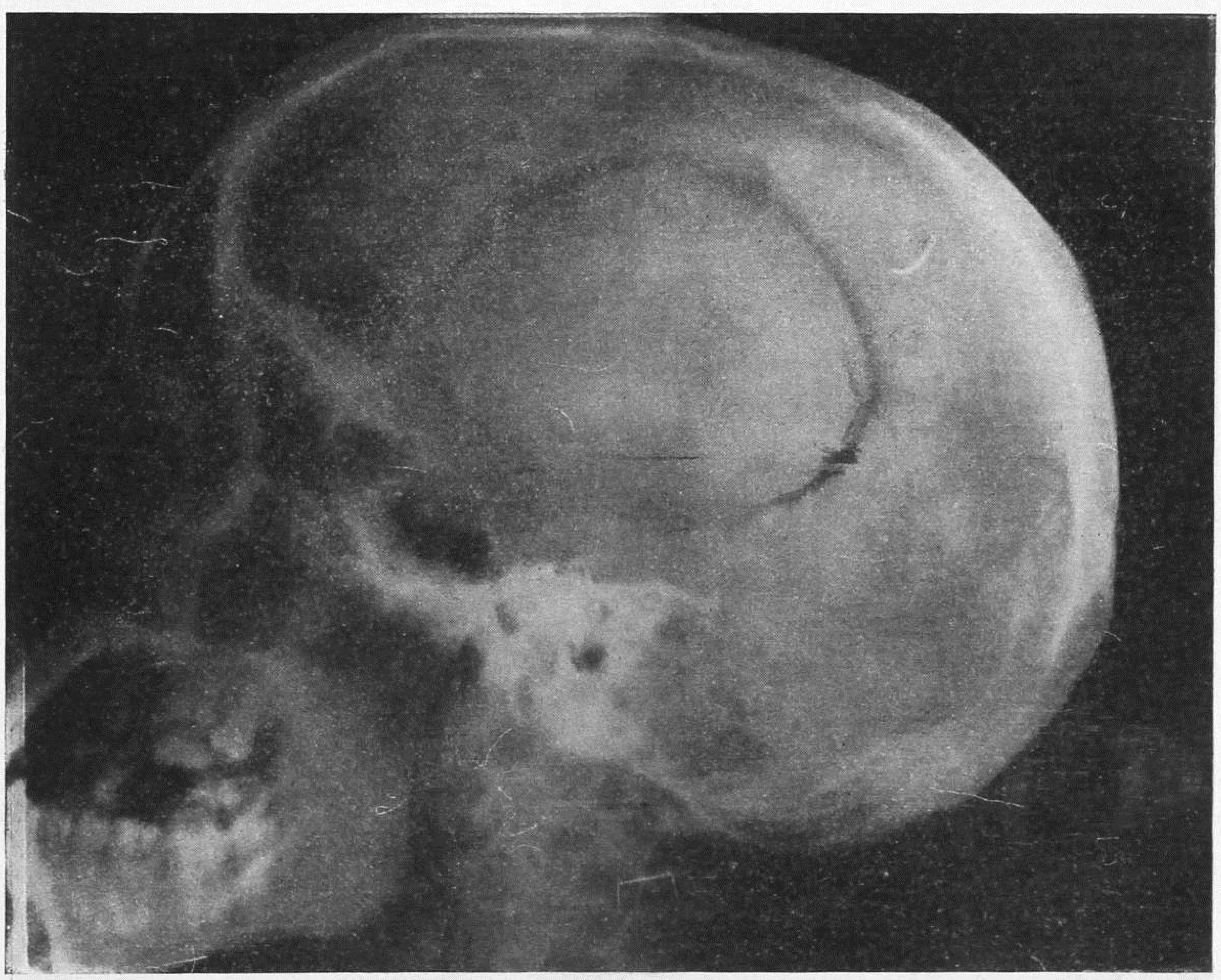


FIG. 5.

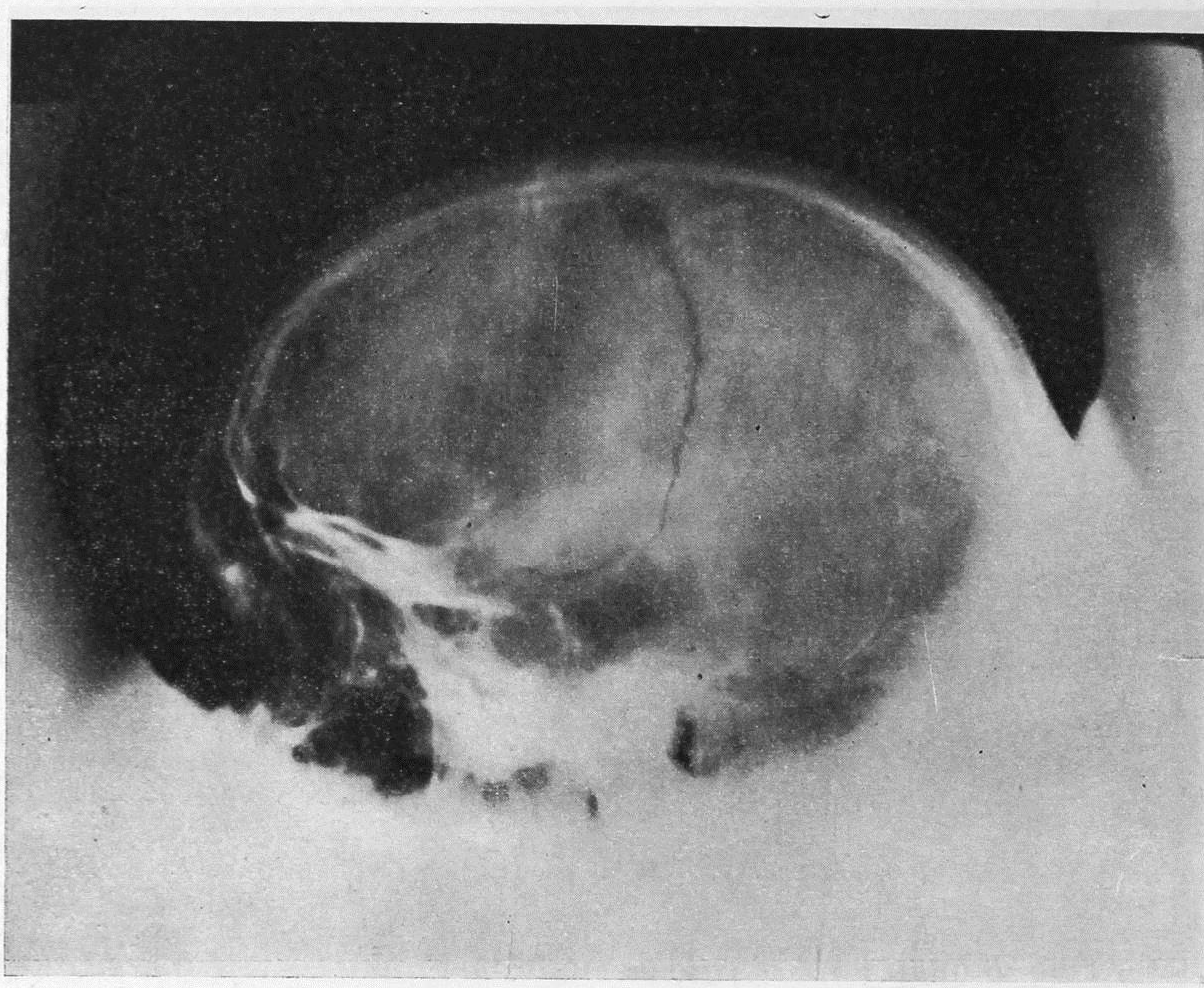


FIG. 6.

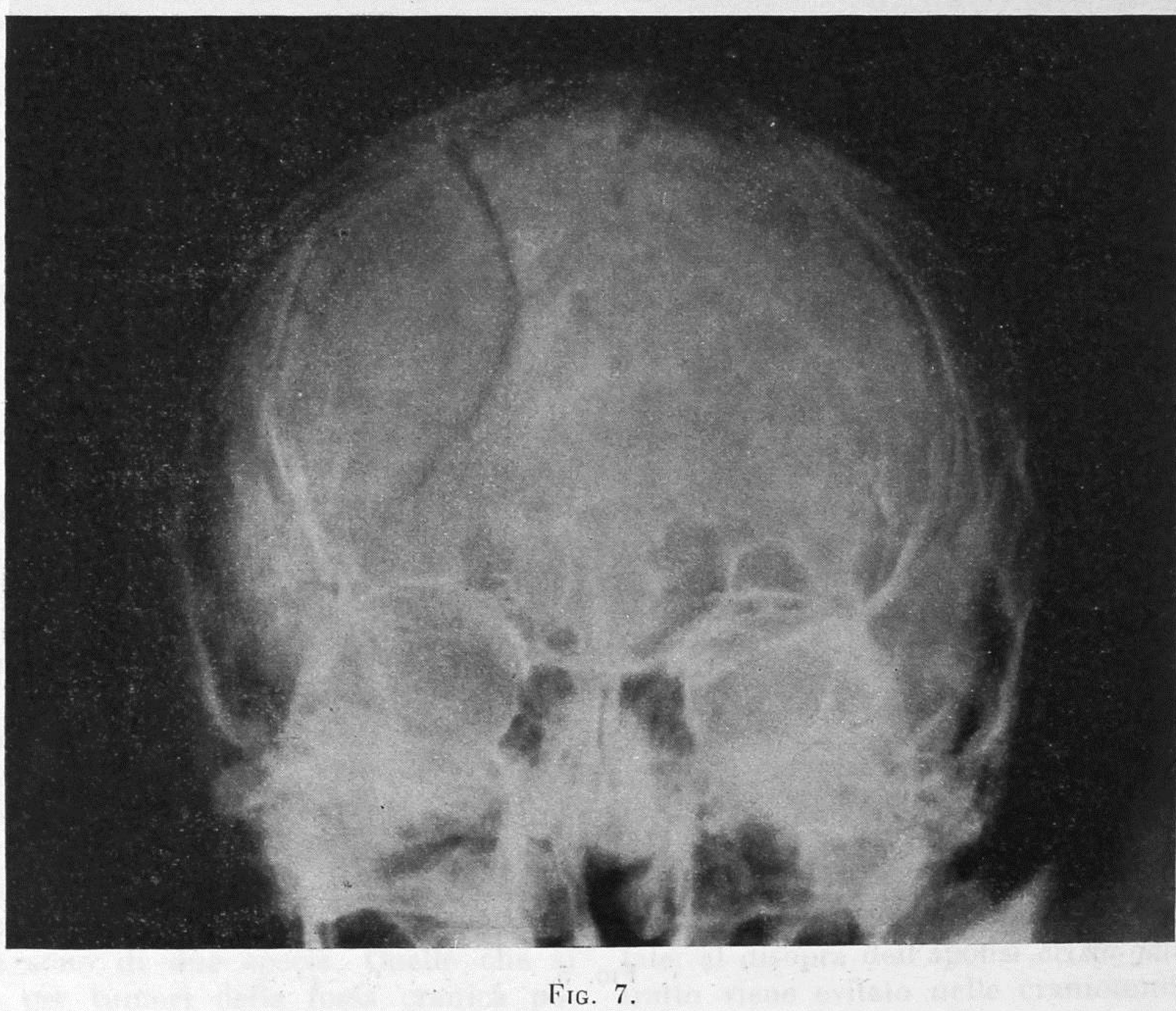


FIG. 7.

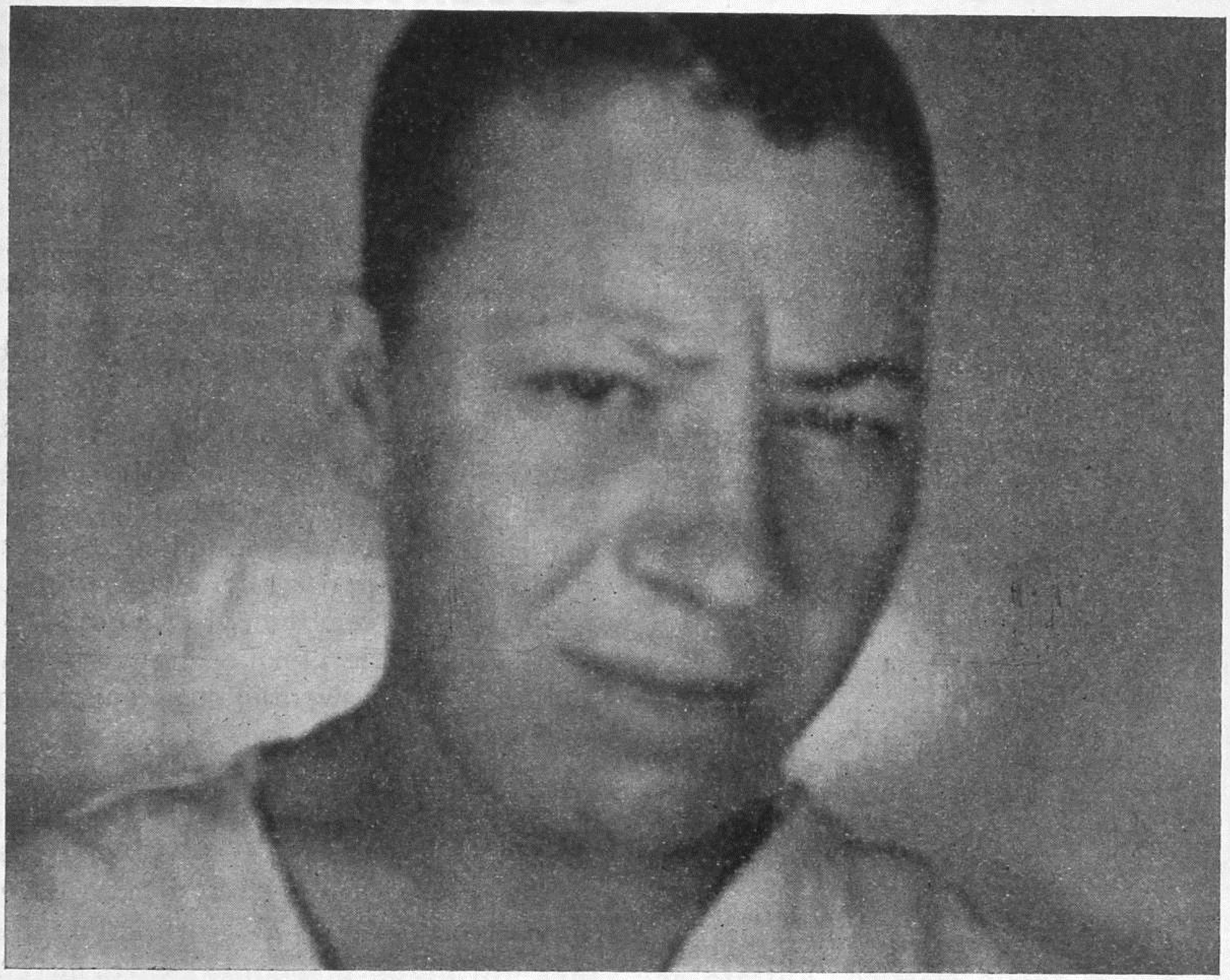


FIG. 8.

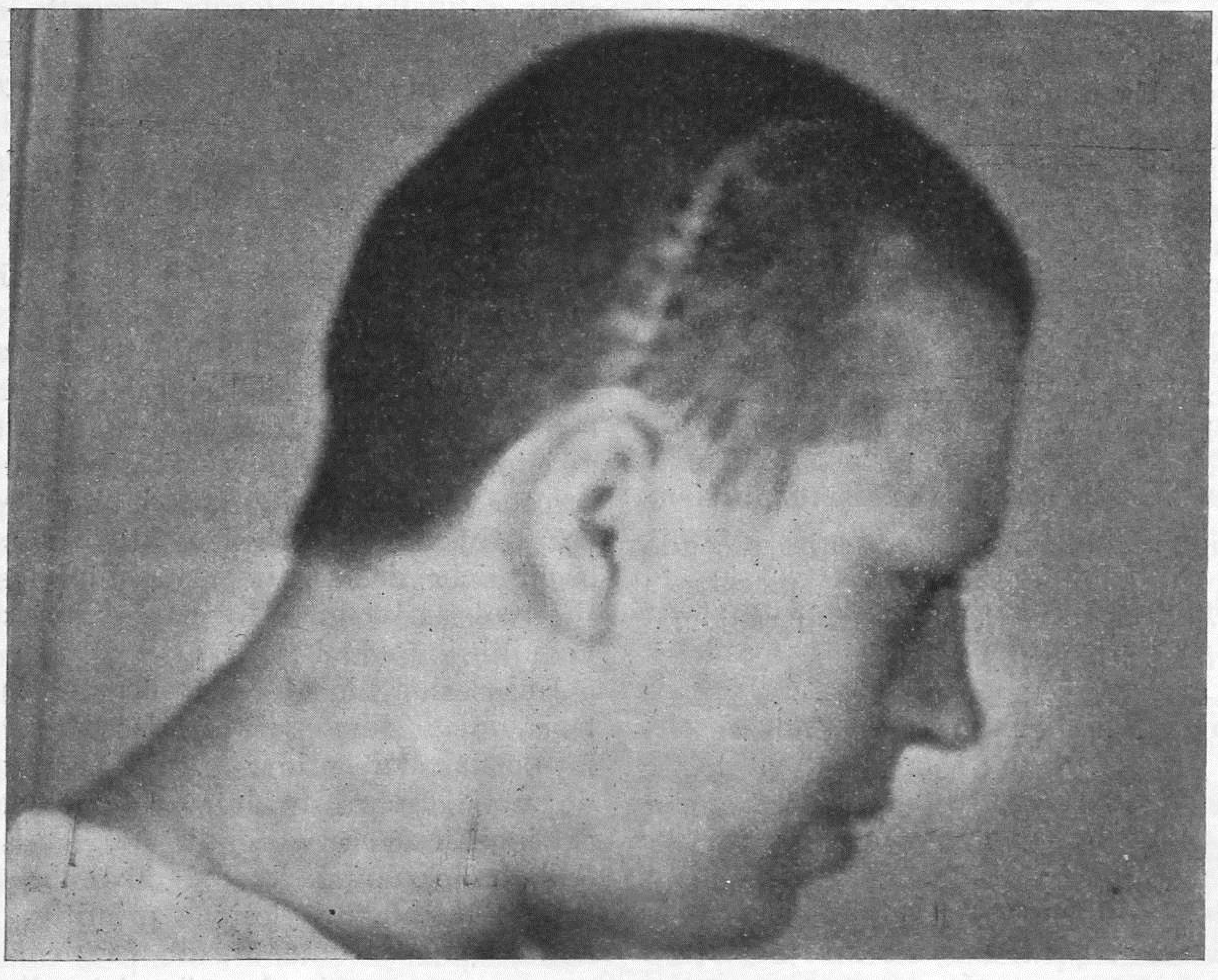


FIG. 9.

La craniotomia per raggiungere l'ipofisi va ricordata per parecchie ragioni.

Anzitutto è, tra quelle tipiche, la più estesa (fig. 6 e 7).

Poi traversa regioni di ineguale spessore osseo e tratti, come quello descritto, che sono la pietra di paragone dei craniotomi.

Infine ha uno sviluppo considerevole nella regione frontale ove l'estetica vuole che non restino cicatrici cutanee nè depressioni ossee.

Le cicatrici in detta regione si possono (fig. 8 e 9) evitare scollando dall'osso i tegumenti invece di inciderli. Lo *scalp* scopre tratti di osso situati al di là dell'incisione tegumentaria. Questa, cominciata in vicinanza dell'orecchio, si dirige ad arco verso la fronte e si arresta al limite del cuoio capelluto; da quel punto i tegumenti si scollano e si rovesciano in basso fino all'arcata sopraorbitaria.

Poi si fa un secondo lembo comprendente il muscolo crotafite, il periostio e l'osso. La massa carnosa ben irrorata del muscolo, basta a nutrire non solo l'osso sul quale si inserisce, ma anche il prossimo tratto di osso frontale.

Questo modo di eseguire la craniotomia osteoplastica non è quello classico. Entrato accidentalmente nella pratica, vi è rimasto per i vantaggi che offre. Questi però dal punto di vista estetico non sono perfetti se i tegumenti intatti si deprimono a livello dei fori che occorrono nelle craniotomie secondo i processi che derivano da quello di Obalinski. Per evitare che le parti molli si deprimano, alcuni (Dandy) usano fare i fori con una corona di trapano a mano e, ad operazione compiuta, reimpiantare il disco osseo ottenuto.

Se si usano craniotomi sottili, tale complicazione può essere evitata ed il risultato, come mostra la fig. 9, può essere soddisfacente già pochi giorni dopo aver eseguito la craniotomia indicata nelle fig. 6 e 7.

### RIASSUNTO.

Il craniotomo illustrato è costruito secondo il principio della leva; ne viene spiegata la funzione e dimostrata l'efficacia con radiografie e con fotografie di operati.



# OSSERVAZIONI CLINICHE

DISPENSARIO DERMO-CELTICO DI IMOLA

## Calcificazione sottocutanea del pene in diabetico con ipercalcemia (iperparatiroidismo ?)

per il Dott. TITO GUERRIERI,
direttore e specialista in dermosifilopatia.

Un nuovo caso di sclerosi calcificata del pene mi permette di ritornare sull'argomento («Nota clinico-radiologica sopra un caso di placca sclerotica del pene », *Policlinico*, Sez. Prat., 1924), riportandomi a dati più recentemente acquisiti alla patologia delle calcificazioni in genere in rapporto alle endocrinopatie.

Gli studi recentemente compiuti da varî AA. sulle varie forme di calcinosi cutanea hanno sempre attentamente considerato tutte le possibilità, dalle più vicine alle più lontane, in fatto di interpretazione patogenica del fenomeno osservato: se questi studi non hanno portato un risultato positivo, hanno almeno permesso la raccolta di una larga messe di osservazioni che al giorno d'oggi sono veramente preziose quando si voglia cimentarle con i criteri patogenetici più moderni.

Per quanto riguarda le calcinosi cutanee che ci interessano per ora solo come lesioni affini a quella che forma l'oggetto del mio studio, le ipotesi successivamente considerate sono state quelle di una coccidiosi generalizzata (Milian), di un perturbamento metabolico molto poco bene definito: secondo alcuni (Lescas) si è dato importanza al vegetarianesimo, secondo altri (Virchow, Harbitz) ad una alterazione nel processo di eliminazione del calcio per lesioni renali.

Al giorno d'oggi si ammette un perturbamento, discrasia o diatesi calcarea, che può, ma non necessariamente, essere svelata da una ipercalcemia, la cui genesi può essere ricercata in una diminuita solubilità del calcio per influenza di altri elementi o costanti fisicochimiche del sangue come l'iperfosfatemia, l'ipercolesterinemia (Moggi), le alterazioni dell'equilibrio acidobase.

Una lesione locale distrofica od infiammatoria, quali siamo soliti a riscontrare in altre forme di calcificazione patologica circoscritta, dovrebbe essere assolutamente assente nelle calcinosi cutanee generalizzate.

Secondo altri invece si dovrebbe ricercare essenzialmente una lesione primitiva del connettivo inteso come organo funzionale, e come vero e proprio deposito dei sali minerali necessari al bilancio organico (Schulze). Versè e Keal pensano invece ad una alterazione del

metabolismo tissurale e Hofmeister richiamò l'attenzione sulla possibilità di uno spostamento in senso alcalotico della reaz. tissurale con diminuita produzione di acido carbonico.

A conforto di questa ipotesi che considerano nel caso delle calcinosi cutanee un perturbamento trofico locale, sono spesso ricordate le deposizioni calcaree sottocutanee che possono verificarsi con una certa frequenza nelle affezioni circolatorie più caratteristiche della cute come l'acrocianosi, il morbo di Buerger, il m. di Raynaud e sopratutto la sclerodermia.

Ritorneremo successivamente sull'argomento speciale più sopra accennato. Intanto ricorderò che il problema di una base disendocrinopatica per le calcinosi cutanee generalizzate è stato da Hoffmann, Weil, Weissmann, Baccarani ed altri discusso ampiamente: data la frequente esistenza della malattia nel sesso femminile, la frequenza di turbe ovariche, dismenorree, amenorree, frigidità sessuale, infantilismi generali o genitali negli stessi soggetti, si è creduto localizzare l'endocrinopatia prevalentemente al timo, alle ovaie e alla tiroide.

Ad ogni modo anche da questo particolare punto di vista il problema non ha ancora avuto un orientamento preciso, e, come vedremo in seguito, le nuove risultanze delle ricerche sulle affezioni in genere dell'apparato endocrino in rapporto al metabolismo del calcio sono tuttora in via di sviluppo.

Per quanto riguarda invece le lesioni calcificate circoscritte e localizzate, pur essendo ancora più vasto il campo di ricerche, le cognizioni si sono stabilizzate per lo studio forse un po' eccessivo della modificazione del metabolismo locale della lesione flogistica primitiva che ha dato origine alla calcificazione successiva.

Sono infinite le condizioni nelle quali è descritta la calcificazione di un tessuto precedentemente colpito da una lesione nota: da un semplice trauma con ematoma sottocutaneo successivo, ad un processo flogistico cronico specifico o no, ad una ustione non importa di quale grado, ad un epitelioma o una malformazione cutanea. Si può dire in altre parole che una qualunque condizione che venga a mutare il metabolismo normale del connettivo sottocutaneo assumendo il carattere di lesione cronica, può essere in grado di determinare in un periodo più o meno lungo di tempo, una calcificazione localizzata nel sottocutaneo.

Lo studio di queste lesioni, se ha permesso di studiare le condizioni locali dei tessuti nei quali la calcificazione ha luogo, non ha permesso però di tenere più esattamente conto del fatto che se una calcinosi cutanea circoscritta ha bisogno di una pregressa lesione cronica, non in tutte le lesioni croniche nelle quali il connettivo sottocutaneo sia compromesso, si determinano delle calcificazioni.

Se è quindi vero che in un ematoma a lento riassorbimento come in una cicatrice da ustione, come in un epitelioma calcificato si verifica quella determinata costante modificazione del metabolismo locale tissurale con esito in acidosi locale e successiva calciofissazione elettiva nella sede più gravemente alterata, non è detto per questo che ogni cicatrice da ustione ed ogni ematoma a lento riassorbimento diano esito ad una calcificazione localizzata.

È anzi sicuro che la maggior parte delle lesioni croniche della cute e del connettivo sottocutaneo possono con tutta frequenza dare luogo a lesioni cicatriziali più o meno modificate nella maggior parte dei casi, ma le calcificazioni sono appannaggio solo di un tipo speciale di individui i quali vanno molto facilmente incontro a calcificazioni cutanee nelle condizioni più varie e più impensate. Steinik in una recente (1931) ricerca comparativa sull'argomento delle calcinosi cutanee generalizzate e circoscritte formula effettivamente un tentativo di riunire in un'unica grande classificazione questo tipo di lesioni, nell'intento di meglio mettere in evidenza il fatto che non è la malattia, ma il malato che va studiato nei riguardi di questa come di altre, se non quasi tutte, le affezioni croniche del connettivo.

E questo è effettivamente concetto che meglio merita di essere messo in luce. Quali sono le condizioni, quale è il terreno nel quale queste lesioni croniche evolvono sempre e costantemente in una calcificazione?

Del tutto recentemente (1933) congressi italiani di medicina e chirurgia, occupandosi di malattie ossee di origine disfunzionale paratiroidea, hanno messo alla luce alcune circostanze nuove che aprono un vasto campo di indagini anche sugli argomenti minori, quale sarebbe l'attuale, in merito agli esiti delle anomalie del metabolismo del calcio.

È risultato da una prima analisi che la funzione dell'ormone paratiroideo è essenzialmente mobilizzatrice del calcio. Tale mobilizzazione del calcio non determina però soltanto lesioni di decalcificazione a carico dell'apparato scheletrico, ma tutta una serie di modificazioni a carico dell'apparato circolatorio e del metabolismo dei connettivi che può rendere ragione di quadri clinici ed anatomici fi-

nora completamente lontani da una possibilità interpretativa di questo genere.

Le ricerche di Leriche sulla influenza della paratiroidectomia nei casi di sclerodermia anche di vecchia data, hanno già di per sè aperto un vasto campo di indagini.

Casi di sclerodermia fino allora curati e trattati con i metodi d'uso, che già avevano temporaneamente beneficiato della simpaticectomia, hanno completamente ceduto ad una paratiroidectomia. A detta dell'A. gli operati già in 6ª ora dopo l'intervento avvertivano un senso di liberazione alle mani con una riviviscenza soggettiva ed oggettiva della parte ammalata così evidente da fare pensare ad un totale rivolgimento della situazione creata dalla malattia.

Il miglioramento della sintomatologia così improvvisamente creatosi, perdurava per lungo tempo ed in alcuni casi era divenuto definitivo.

Ma non solo nei riguardi della sclerodermia si erano raggiunti dei così brillanti risultati: i cheolidi fino allora trattati con i più varî metodi di cure medica chirurgica e fisica costituivano una affezione squisitamente cronica. Nessun elemento era giunto ad indirizzare in uno o in un altro senso un trattamento basato su un concetto patogenetico preciso.

Orbene anche per i cheloidi la paratiroidectomia ha dato dei risultati veramente inattesi: entro le 24 ore dell'intervento si è iniziato un così immediato mutamento dell'aspetto del cheloide da rendere più che sicura la convinzione del « *post hoc ergo propter hoc* ». In seguito il cheloide si è lentamente riassorbito lasciando *in situ* una piccola cicatrice nemmeno molto evidentemente ipertrofica.

Infine un ultimo elemento è risultato anch'esso degno di molta considerazione: processi morbosi già in grado avanzato, come il morbo di Buerger e l'endoarterite diabetica con esito in processi gangrenosi localizzati sono, si può dire, immediatamente receduti dopo la paratiroidectomia.

Bastano questi gruppi di referti su tre gruppi di malattie apparentemente indipendenti l'uno dall'altro ed effettivamente legati fra di loro da una patogenesi unica, per fare riconoscere quanto sia vasto il campo aperto alle esperienze avvenire.

Già numerose sono le ipotesi sorte a dare una possibile azione di una così complessa fenomenologia, ma di questo sarà accennato in seguito a proposito dell'interpretazione del caso clinico capitato alla mia osservazione.

Ing. A. V., di anni 37, da Bologna.

Nell'aprile 1931 si presenta al mio ambulatorio per consultarmi circa una forma di balanopostite erosiva che da diverso tempo lo affligge e non modificatasi nonostante tutti i trattamenti finora praticati.

Si tratta di un individuo in buone condizioni generali apparenti: nell'anamnesi non presenta che una nota degna di rilievo: quattro anni or sono fu colpito da encefalite letargica e fu degente per sei mesi circa. Si ristabilì quasi completamente salvo scarsi disturbi soggettivi di obnubilamento delle facoltà mentali che risorgono molto raramente e un modico grado di ptosi palpebrale a d. tuttora evidente.

Non lue, nè malattie veneree. È ammogliato con tre figli viventi e sani.

La lesione per la quale viene richiesto il mio consiglio sarebbe insorta da due mesi circa: si manifestò inizialmente un modico arrossamento nel contorno del meato urinario: successivamente nonostante le pratiche accurate di igiene messe in opera, la lesione continuò ad estendersi gradatamente: al momento dell'esame obiettivo la lesione è diffusa fino a circa metà della grandezza del glande: con superficie arrossata ricoperta da pus, rimosso il quale si mette in evidenza una superficie evidentemente erosa, irregolare, con granulazioni non molto esuberanti. Il limite di demarcazione fra la zona erosa e il rivestimento normale del glande non è molto netto, ma sfumato, con colorito rosso cupo e violaceo. Non esiste una linea di demarcazione rettilinea ma festonata irregolarmente per la presenza di zone erose più marcate delle dimensioni di un chicco di miglio anch'esse ricoperte da modica stratificazione fibrinopurulenta.

Il paziente riferisce di avere praticato successivamente numerosi trattamenti a base di pomate antiflogistiche senza alcun risultato.

Esclusa una natura specifica della lesione, dato anche il nessun risentimento ghiandolare inguinale, nessuna lesione a carico del meato, nessun disturbo della minzione, vien posto il sospetto che la lesione locale fosse mantenuta da particolari condizioni organiche. Un esame delle orine praticato rivela la presenza del 72/1000 di zucchero.

L'esame della glicemia ha dato i seguenti valori:

| | |
|---|---|
| a digiuno: | glic. 1,37 ‰ |
| un'ora dopo indigestione di 25 gr. di zucchero | 1,88 ‰ |
| due ore dopo | 1,81 ‰ |
| somministrazione di altri 25 gr. di zucchero | 1,94 ‰ |

Viene consigliato un trattamento insulinico che viene praticato dal medico di casa. Localmente l'applicazione di una pomata legg. astringente determina una rapida regressione della lesione balanopostitica.

Nell'aprile 1933 si ripresenta alla consultazione lamentando la comparsa di una piccola lesione che non dà disturbo notevole, ma preoccupa il paziente molto scrupoloso ed attento studioso di sè stesso.

Palpando l'estremità del pene in corrispondenza del termine dei corpi cavernosi il paziente avverte una piccola rilevatezza piuttosto consistente, poco mobile, quasi aderente al tessuto di rivestimento dei corpi cavernosi.

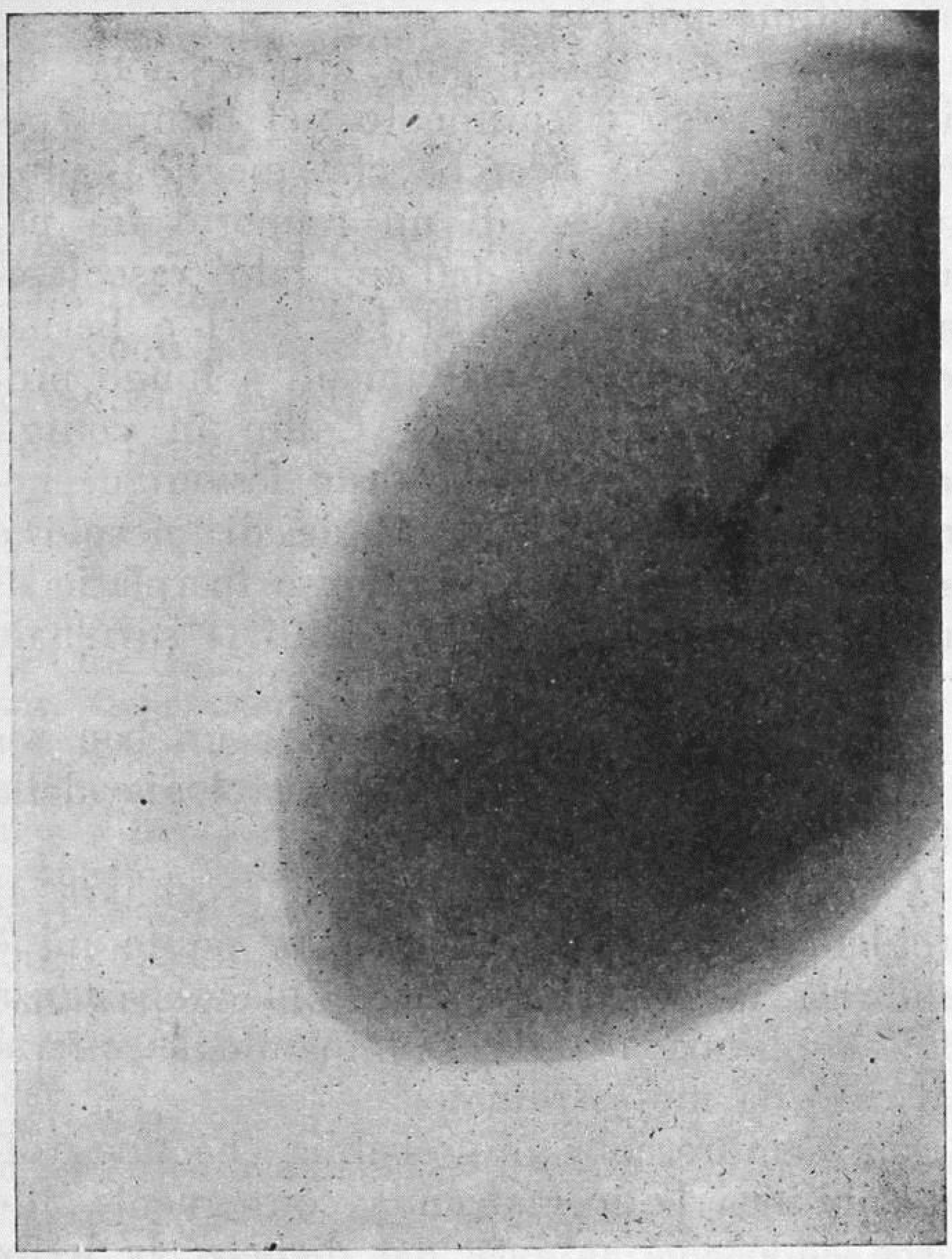
L'esame obiettivo conferma i dati riferiti dal paziente e non permette di rilevare alcun altro elemento degno di nota.

Nessuna lesione in atto nei genitali esterni: la piccola tumefazione è dolente solo ad una pressione piuttosto forte.

Le condizioni generali sono buone: il paziente continua il trattamento insulinico: i valori della glicemia in questi ultimi tempi si sono mantenuti di poco al disopra della norma (1,27 ‰, 1,13 ‰).

Attuo un trattamento di diatermia il quale non porta a nessun risultato.

L'ammalato ritorna nuovamente a farsi vedere dopo l'estate: la piccola formazione sottocutanea



del pene è aumentata di volume e di consistenza, avendo raggiunto quello di un cece ma di forma irregolare. Nessuna lesione ganglionare linfatica.

La consistenza particolarmente dura della formazione in esame mi induce il sospetto di una lesione sclerotica calcificata, per cui richiedo un esame radiografico (vedi figura).

Il reperto radiografico è il seguente:

*Es. Rad.* La xgrafia del pene praticata in posizione dorso ventrale ha messo in evidenza una ombretta positiva di densità calcarea, situata sulla linea mediana in prossimità del solco balano prepuziale.

Tale ombretta appare di forma irregolarmente allungata, con estremo distale allargato ed estremo prossimale filiforme.

Nel suo punto di mezzo presenta un piccolo ingrossamento nodulare della grandezza di una capocchia di spillo.

Nella xgrafia praticata in proiezione latero laterale, l'ombra sopradescritta assume una forma semicircolare, a concavità superiore, con estremo distale clavato.

Il reperto radiologico rivelando una lesione nettamente calcarea orientava verso una interpretazione assai delicata della lesione: si richiedevano numerose prove cliniche e farmacodinamiche per identificare più esattamente il tipo dell'affezione in esame.

Ma le condizioni speciali dell'individuo non mi permettevano di compiere ricerche su vasta scala. Ho creduto quindi opportuno limitarmi alla ricerca della calcemia e ad un nuovo esame sierologico del sangue (W. e Sachs Georgi).

La siero diagnosi per la lue è riuscita completamente negativa.

L'esame della calcemia ha rivelato valori molto elevati: 14,30 % di media (due esami su due campioni di sangue prelevati in giorni diversi).

La glicemia ha dato i seguenti valori:

a digiuno gr. 1,07 ‰
un'ora dopo somm. di 25 gr. di zucchero » 1,78 ‰
due ore dopo somm. di 25 gr. di zucchero » 1,71 ‰
un'ora dopo somm. di altri 25 gr. zucchero » 1,84 ‰

Glicosuria: modica.

Formula leucocitaria: neutrofili 65; eosinofili 0,50; linfociti 22; gr. mon. 7.

Forme passaggio 5,50.

Abbiamo quindi nel caso in esame una correlazione di fenomeni morbosi fra i quali non sembra agevole a tutta prima una correlazione etiopatogenetica.

Il primo rapporto già stabilito fra la forma di balanopostite erosiva e il diabete in atto è evidente: la flora batterica di qualunque sia natura è sempre virulentata nei diabetici per il *pabulum* che il germe trova nel glucosio urinario, per le diminuite resistenze locali e generali sempre caratteristiche nei diabetici.

Che in un individuo in condizioni sociali e personali tali da essere particolarmente accurato nelle pratiche dell'igiene personale si sia potuto sviluppare una forma abbastanza grave di balanopostite appare giustificato quando si pensi alla intensa glicosuria (ignorata) di cui il paziente era sofferente da ormai lungo tempo.

Dove invece il caso clinico comincia ad acquistare un particolare interesse è allorquando passiamo ad esaminare la possibile patogenesi della concrezione calcarea formatasi nel sottocutaneo della cute del pene e precisamente nella regione limitrofa a quella più acutamente affetta dalla balanopostite.

Perciò in un altro elemento dobbiamo ricercare la base patogenetica del processo morboso in esame.

È al diabete che si rivolge subito la ricerca in questione come alla malattia che ha impresso a tutto l'andamento del processo morboso un particolare aspetto.

Ritorniamo ancora sull'argomento già pri-

ma accennato dei rapporti fra paratiroidi, surrenali e pancreas insulare.

L'argomento come è noto è stato già da lungo tempo discusso: fino da quando Von Noorden prospettò l'ipotesi delle origini adrenaliniche del diabete, parlando cioè di un iperadrenalinismo senza insulinismo consenziente, la fisiopatologia del diabete è andata assumendo caratteristiche sempre meglio definite.

Si è già da più parti accennato alla esistenza di forme di diabete insulino resistenti: questo, insieme ad altri rilievi clinici più volte accennati, ha sempre meglio fondato l'ipotesi che il diabete pancreatico costituisca ben di rado un'affezione uniglandolare, ma che invece si tratti, nella maggior parte dei casi, di sindromi pluriglandolari, vere polidiscrinie, al centro delle quali l'isola di Langherans rappresenterebbe l'elemento più direttamente colpito.

Quali siano gli altri gruppi endocrini è già stato accennato: anzitutto la surrenale (Von Noorden); in secondo luogo le paratiroidi e la tiroide.

Il richiamo delle paratiroidi nel campo della patogenesi del diabete è come già ho detto del tutto recente. Esso è stato dimostrato da Bastai e Dogliotti nelle loro ultime (1933) ricerche sull'azione della paratiroidectomia nell'evoluzione della endoarterite diabetica. È bastato un semplice intervento sulle paratiroidi per capovolgere completamente ed immediatamente lo svolgersi fatale di un processo gangrenoso da endoarterite diabetica in atto. E non solo si è modificato il quadro anatomico della gangrena degli arti, ma tutti i reperti clinici riguardanti la pressione, l'oscillometria e quello che più importa la calcemia e la glicemia.

Che la calcemia fosse modificata nei diabetici era nozione già da tempo acquisita: considerati i diabetici come ipersurrenali e dati i poteri calcemizzanti dell'adrenalina era ben logico che la calcemia dei diabetici fornisse valori elevati al di sopra della norma.

Di questo già avevano accennato in ricerche occasionali vari autori e più recentemente Kylin (1927) il quale afferma in modo indiscusso e sulla base di vaste ricerche cliniche, che tutti gli ipersurrenali (primi fra tutti i diabetici) hanno calcemie elevate mentre per contro gli addisoniani avrebbero ipocalcemie altrettanto evidenti.

Bastai e Dogliotti rilevata l'identità clinica fra morbo di Buerger ed endoarterite diabetica, ottengono in ambedue i casi benefici effetti dalla paratiroidectomia; concludono quindi per una possibile azione antitetica delle isole di Langherans sulle paratiroidi onde un iperparatiroidismo nelle affezioni che diminuiscono l'efficenza funzionale delle isole di Langherans.

Il problema è ora appena accennato ed ai suoi primordi, nè è possibile per ora prevedere quali potranno esserne gli ulteriori sviluppi: certo si è che già fin d'ora l'argomento si presenta pieno di interesse dato che permette di gettare nuova luce sulla patogenesi di tante forme di endocrinopatia finora scarsamente o incompletamente note nella loro intima natura.

L'ipotesi del Bastai pure appena nota, ha già avuto largo risentimento nel campo sperimentale: fra le ricerche che meglio hanno confortato la ipotesi di un rapporto fra paratiroidi e patologia dell'apparato vascolare, vanno ricordate quelle di Pescatori e Bernabeo i quali mediante trattamenti a lungo protratti con paratormone di Collip in conigli hanno ottenuto non solo vaste lesioni di necrosi nella media delle arterie di piccolo e medio calibro, ma anche intense iperplasie di organi a secrezione interna, quali la surrenale e il pancreas insulare.

Anche queste esperienze aprono un ben vasto campo di ricerche nella patologia della ghiandola a secrezione interna.

A me è bastato rapidamente accennare al problema attuale che in qualche punto mi è sembrato in grado di fornire una abbastanza logica spiegazione alla sintomatologia offerta dal caso da me esaminato.

Non sembrerebbe improbabile che una volta stabilitasi la ipercalcemia conseguente alle turbe endocrine proprie del diabete, la lesione esistente a carico dell'apparato vascolare linfatico locale in fase cicatriziale conseguente alla balanopostite erosiva possa aver creato le disposizioni ad un deposito di sali calcarei.

Alla luce delle attuali ricerche la calcificazione da me descritta viene ad occupare una particolare posizione: non è da mettersi in relazione con il quadro noto delle calcinosi cutanee generalizzate, mentre anche nel campo delle calcinosi cutanee circoscritte merita una posizione speciale data la base endocrina che ha favorito la deposizione del calcio nella lesione preesistente.

Non è possibile prevedere come potranno in avvenire essere interpretate le calcinosi cutanee: è certo però che se sembra fin d'ora logico ammettere che una cicatrice da ustione, come una cicatrice in terreno tubercolare siano più facilmente calcificate per modificazioni speciali intrinseche del metabolismo tissurale locale, in molti altri casi la calcificazione locale tissulare potrà essere più logica-

mente considerata come l'espressione morfologica delle condizioni chimico fisiche della crasi sanguigna e di uno squilibrio endocrino in atto nell'individuo.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un secondo caso di calcificazione sclerotica del sottocutaneo del pene. Data la coesistenza nello stesso paziente della lesione calcificata e di una forma di diabete pancreatico di vecchia data, l'A. prende in considerazione la possibilità di interpretare la patogenesi della calcificazione nel caso in esame, come espressione della disendocrinopatia di cui il diabete in atto fornisce una prova evidente, ed i reperti biologici (calcemia) sembrerebbero dare un indizio a favore.

Tale ipotesi viene esaminata alla luce delle più recenti acquisizioni nel campo delle endocrinopatie aventi come base una disfunzione paratiroidea.

BIBLIOGRAFIA.

BACCARINI. *Su di un caso di calcinosi intestinale.* La Clin Chir., 4, 1928, pag. 857.

BREDA. *Concrezioni calcaree e produzioni osseiformi, ecc.* Giorn. It. Mal. veneree e della pelle. LVI, pag. 244, 1915.

BASTAI e DOGLIOTTI. Lo sperimentale, 1933; Minerva medica, 1933.

DONATI. *Malattie da paratiroidi.* Relaz. al Congr. di Chir., 1933.

GUERRIERI. *Nota clinico radiologica sopra un caso di placca schlerotica del pene.* Policlinico, S. P., 1924.

HEIN UND HAESE. *Über die Beziehungen der Marialfunktion zum Kalkgehalt des Blutserums.* Arch. f. Gynak, CXXVI, pag. 646, 1925.

HOMANN. *Wirkung des Parathormonces.* Klior Woch., pag. 1353, 1932.

KYILIN cit. da PESCATORI.

LISI. *Ricerche e oss. su di un caso di calcinosi cutanea.* Arch. di Dermat., 1933, pag. 953.

LEVI. *Contributo allo studio della calcinosicutanea.* Boll. Soc. Ital. Dermat. III, pag. 135, 1931.

MARFAN et DORLENCOURT. Le Nourrisson, sett. 1931.

MOGGI. *Calcinosi universale e ricambio del calcio.* Riv. di Clin. Ped., XXIX, 931.

PATRASSI. *Le calcinosi cutanee.* Arch. Ital. Dermat. e Venereol. IV, 580, 1929.

PESCATORI e BERNABEO. *Paratiroidi ed apparato insulare nella patologia dell'app. vascolare.* Atti del Congresso Soc. Ital. di Chir., 1933, Pavia.

SANNICANDRO. *Contributo alla conoscenza dello scleroderma con spec. riguardo alle turbe metaboliche de lcalcio.* Arch. Ital. di Derm. e Ven. IV, 147, 1929.

RAVINA. *Les concretions calcaires sonç contaries.* Presse méd., XXXVI, 714, 1932.

SCHULZE. *Uber calcinosis interstizialis.* Arch. f. Klin. Chir., CXXXVI, 339, 1925.

STEINITZ. *Calcinosis circumscripta und calcinospis.* Ergebnisse f. Kinderh., V, XXXIX, 1931.

THIBIEORGE e WEISSEUBACH. *Une forme de concrétions en relation avec la sclérodermie.* Bull. et mém. Soc. Méd. des Hôp., Paris, 11, 1911.

# L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

## La glicina nella cura della myastenia gravis, dell'atrofia muscolare progressiva e della semplice stanchezza.

(W. M. BOOTHBY. *Proceedings Staff Meetings Mayo Clinic*, 9 ottobre 1934).

La myastenia gravis (pseudoparalitica) fu descritta da Erb nel 1878 e perciò porta anche il nome di morbo di Erb. È caratterizzata da rapida stanchezza dei muscoli delle palpebre (ptosi), dei bulbi oculari (diplopia), della mimica, della deglutizione, della fonazione e successivamente di quelli della nuca, del dorso, e delle estremità. L'affezione non è accompagnata da atrofia, da anestesia, da fibrillazioni, da dolori e da disturbi della vescica e del retto. La mentalità è integra. Spesso si ha emissione dalla bocca di muco filamentoso e saliva dovuta alla difficoltà di deglutizione. La malattia può presentarsi con gradi diversi, dai casi appena accennati si può giungere fino a quelli nei quali i pazienti sono incapaci di qualsiasi movimento.

La causa della miastenia è ignota. Le ultime ricerche farebbero ritenere che non si tratta di una malattia di origine neurogena o endocrina, ma dipendente da un disturbo del metabolismo delle fibrocellule muscolari.

La malattia fino a poc'anzi si dimostrava ribelle ad ogni cura. Ora sembra risenta l'azione dell'efedrina e della glicina.

L'efedrina si somministra per via orale. Si prepara una soluzione di mezzo grammo di efedrina in 250 grammi di soluzione fisiologica e se ne fa prendere un cucchiaino cinque o sei volte al giorno, prima e dopo i pasti.

L'efedrina produce effetti rapidi, dopo poche ore il paziente dichiara che i suoi muscoli si stancano meno facilmente. Non bisogna eccedere nelle dosi perchè può capitare che il male si aggravi e si determini un intenso nervosismo.

Meglio di tutto è far precedere la cura dell'efedrina da quella della glicina.

La glicina è il più semplice degli amino-acidi. Il protoplasma, la sostanza basale di tutti i tessuti viventi, è composta di tutta una serie di amino-acidi, di cui 77 sono definitivamente noti. La glicina è l'unico amino-acido che il corpo umano sia capace di produrre per sintesi. È presente in piccola quantità in tutti gli alimenti, ma solo la gelatina ne contiene in grandi quantità. La glicina non è considerata un componente essenziale dell'alimentazione perchè l'organismo in condizioni normali è in condizioni di produrne secondo il bisogno.

La glicina può essere considerata più un alimento che un medicamento: essa in effetti è la sostanza costruttrice dei tessuti.

Sembra che alcune miopatie, come la miastenia e l'atrofia muscolare progressiva siano determinate appunto da un difetto di produzione di glicina.

Normalmente la somministrazione di acido benzoico produce un aumento dell'escrezione dell'acido ippurico, prodotto dalla combinazione dell'acido benzoico con la glicina. Nelle su dette miopatie la somministrazione di acido benzoico non produce tale effetto, indice questo della deficienza di glicina nell'organismo.

D'altra parte la glicina ha effetti pronunziati sull'escrezione della creatinina, che è un prodotto metabolico del tessuto muscolare.

Questi dati teorici confortano e spiegano il fatto clinico, che la glicina produce costantemente un miglioramento della miastenia. Essa sembra quasi lo specifico di questa malattia.

La dose media quotidiana di glicina da somministrarsi nella miastenia è di 30 grammi. Si prendono ogni volta cinque grammi sciolti in acqua e per sei volte in occasione del massimo accentuamento dei disturbi. Dopo sei mesi o un anno si possono ridurre le dosi.

Le condizioni del paziente migliorano rapidamente. Il miglioramento della deglutizione consente una più energica contrazione del miocardio, il miglioramento dell'attività cardiaca determina una migliore circolazione, il miglioramento delle condizioni dei muscoli scheletrici consente una più larga vita di relazione e la vita all'aria aperta: fattori tutti che influenzano lo stato generale e concorrono a sopportare l'azione della glicina.

Naturalmente la cura ha maggiori probabilità di successo quando è intrapresa negli stadii non avanzati della malattia.

A differenza di quanto avviene nella miastenia, nell'atrofia muscolare progressiva si stabiliscono fin dal primo momento lesioni della fibra muscolare che si va aggravando sempre più con l'andar del tempo: le fibre muscolari possono risultare atrofizzate o ipertrofizzate, il numero dei nuclei aumenta, in ciascuna fibra si formano depositi di grasso e vacuoli, la striatura, può parzialmente scomparire. Tutto ciò dimostra che nell'atrofia progressiva si stabiliscono fin dall'inizio lesioni gravi, progressive e forse irreparabili, certo ben diverse da quelle della miastenia nella quale si tratta di un disturbo funzionale, metabolico.

In effetti la cura della glicina non si mostra parimenti efficace nell'atrofia muscolare progressiva. Si ha talvolta un miglioramento effimero, transitorio. Tuttavia spesso si nota un rallentamento nel progresso del male, che deve sempre consigliare la pratica di questa cura che normalmente deve durare quanto dura il male.

L'A. ha infine sperimentato la glicina in individui normali o sofferenti di esauribilità muscolare di vario grado.

Individui, uomini e donne, perfettamente normali, forti, attivi non possono tollerare dosi di glicina eguali a quelle che si somministrano ai malati di miastenia e di atrofia muscolare progressiva (30 grammi al giorno). Dopo qualche giorno soffrono nausee e vomiti. Però piccole quantità possono essere ingerite per lungo tempo ed anche con qualche vantaggio: dopo qualche settimana si nota che questi individui possono sottoporsi a duri lavori anche per l'intera giornata senz'avvertire stanchezza.

Vi sono individui che si esauriscono fisicamente specialmente senza cause apparenti, hanno un'esauribilità muscolare analoga a quella che si verifica dopo malattie infettive. Alcuni di questi soggetti si giovano della cura di glicina e altri no. Forse la differenza degli effetti è in relazione della causa diversa dell'esauribilità, prettamente muscolare nei primi, nervosa nei secondi.

In altro gruppo d'individui nei quali il senso di stanchezza e l'esaurimento è determinato dalla deficienza di alimentazione, piccole dosi di glicina dopo i pasti producono dopo qualche settimana un miglioramento sensibile.

Infine in individui nei quali la stanchezza si accompagna a sensazioni dolorose nelle giunture, la glicina provoca un miglioramento di ambo i disturbi.

Le variazioni nel grado della stanchezza sono tante e sono influenzate da tanti fattori esterni ed interni, somatici e psichici, che riesce molto difficile notarne le modificazioni e quindi determinare l'efficienza del medicamento. Ma a parte i fatti subiettivi che, pur essendo spesso fallaci, non possono essere trascurati, sta di fatto che il miglioramento indotto dalla glicina è spesso documentato dalla maggiore durezza dei muscoli delle braccia e delle gambe e dal miglioramento dell'espressione mimica derivante dall'aumento del tono dei muscoli della faccia.

Comunque se sembra assodata l'efficacia della glicina nella cura delle miopatie essenziali, devono seguire più larghi esperimenti per apprezzarne la reale portata. DR.

# SUNTI E RASSEGNE

## SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI

### L'importanza dello stomaco nell'emopoiesi.

(K. HITZENBERGER. *Kl. Wochenschr.*, 22 settembre 1934).

L'inclusione dello stomaco nella catena degli organi preposti al processo dell'emopoiesi costituisce una acquisizione degli ultimi anni; fino a poco tempo fa la patologia dello stomaco andava completamente disgiunta da quella del sangue, se si esclude tutt'al più la nozione della frequente coincidenza dell'achilia con l'anemia perniciosa, senza che alla prima fosse attribuito un significato etiologico.

Il recente aspetto del problema, dove in alcune malattie del sangue, specie a carico della serie rossa, allo stomaco spetta la parte principale, è stato riassunto dall'A. che ha portato pure lui un contributo alla patologia « gastro-

ematica » e che segue lo sviluppo storico del problema e discute le ipotesi attuali ad esso inerenti.

Il fattore per così dire « carenziale » nella patogenesi dell'anemia perniciosa, è stato rivelato da Castle; si tratta di una carenza endogena, del difetto cioè di secrezione di una terza sostanza da parte dello stomaco (che per lo più si associa anche a mancanza di succo gastrico e pepsina), attualmente denominata principio di Castle; la sua dimostrazione nel succo gastrico dei normali si effettua somministrando agli anemici perniciosi della carne precedentemente digerita nello stomaco di individui normali, e provocando in tal modo un rapido miglioramento e guarigione della sindrome anemica. Tale principio, che prima veniva considerato come un ormone, attualmente viene definito quale fermento; difatti è stato dimostrato che esso, non efficace per se stesso, agisce solo dopo il contatto con sostanze proteiche (Foots). Per quel che riguarda il luogo della formazione del fermento di Castle, sembra oramai stabilito che sia la mucosa che lo strato muscolare concorrono alla sua produzione per la quale sono ugualmente indispensabili (Isaac, Wilkinson, Burgess ed altri). Gli studi di Meulengracht e dell'A. hanno permesso la localizzazione delle zone dove viene formata la sostanza di Castle: esse sarebbero limitate alle regioni craniali (del cardia) e caudale (pilorica) dello stomaco; l'importanza di tali dati per la chirurgia dello stomaco s'intuisce facilmente.

L'essenza dunque dell'anemia perniciosa può essere chiaramente definita: si tratta di un'affezione gastrica, nella quale in seguito a difetto di un fermento, viene a mancare una parte di elementi costruttivi del globulo rosso. Il trattamento dell'anemia perniciosa, non potendosi ricostruire l'alterata mucosa gastrica, può essere solo sostitutivo: l'apporto cioè di fermento di Castle sotto forma di succo gastrico o preparati gastrici insieme ad un'alimentazione normale; oppure somministrazione di fegato o di polmoni di animali normali, poichè il materiale plastico delle emazie normalmente ricavato dall'alimentazione viene immagazzinato nel fegato, in minore quantità nel polmone (Hitzenberger) e nei reni.

Un'altra sindrome anemica per difetto di secrezione gastrica è rappresentata dalla cosidetta « cloranemia achilica » (Kaznelson, Reimann e Weiner); essa, oltrecchè da una lieve ipoglobulia, è caratterizzata sopratutto da una ipocromia notevole; ora le ricerche di Castle dimostrano che malgrado l'achilia, il suo principio si riscontra in quantità sufficiente; la malattia sarebbe con tutta la probabilità dovuta a mancanza di ac. cloridrico, normalmente deputato a trasformare il ferro degli alimenti in modo che possa essere assorbito e assimilato dall'organismo. Tale ipotesi troverebbe un'apparente contradizione nel fatto che la somministrazione dell'ac. cloridrico ai malati del genere rimane inefficace; in questo caso occorre però pensare piuttosto alla poca perfezione della nostra terapia sostitutiva col succo gastrico. La carenza organica di ferro può essere vinta ricorrendo alla somministrazione di esso in notevole eccesso; difatti con 3 grammi di ferro ridotto al giorno (contro il fabbisogno di 10-15 mgr. *pro die* Davidsohn) l'anemia viene guarita, e spesso in modo definitivo. Tale quantità può essere ridotta a 0,1 gr. di ferro se si ricorre alle combinazioni ferro-cloriche.

Vi sono però alcune considerazioni da aggiungere: è noto che molti individui pur soffrendo di anacidità permanente non presentano la sindrome anemica; dall'altra parte il fatto testè ricordato di una guarigione duratura dopo un solo ciclo di trattamento marziale suggerisce che vi dev'essere un altro fattore occasionale o determinante nella patogenesi della sindrome dell'anemia ipocromica. Secondo l'A. il quantitativo del ferro contenuto nel nostro organismo viene consumato lentissimamente e soddisfa per anni le richieste del metabolismo organico interno. Quando però per una causa qualsiasi l'organismo viene a perderne discrete quantità (p. es. per emorragie; secondo Davidsohn le emorragie mestruali della donna farebbero sì che la sindrome è molto più frequente nel sesso femminile) in mancanza di apporto dall'esterno (dieta carenzata) o per impossibilità di assorbimento del ferro (achilia) insorge la sindrome anemica. L'A. ricorda che esistono anche alcuni casi di anemia perniciosa che non migliorano col trattamento gastrico o epatico; si pensi allora che v'è anche la carenza di ferro; difatti aggiungendo questo anche tali malati migliorano rapidamente.

D'altra parte va notato che esistono dei casi di anemia persistente dopo emorragie senza fenomeni di rigenerazione ematica e senza manifesta anacloridria, nei quali il ferro rappresenta il trattamento specifico e agisce da stimolante midollare. Tale sindrome al pari di quella suaccennata di anemia achilica viene da Reimann considerata quale « asiderosi »; secondo la definizione dell'A. come asiderosi vengono considerate le malattie del sangue, che possono rappresentare la conseguenza di un'alterata funzionalità gastrica; la terapia di esse si basa non tanto sull'apporto di HCl, quanto sulla somministrazione di ferro in eccesso.

Finora si è parlato delle malattie ematiche per difetto di secrezione gastrica; ma il problema è stato sondato più oltre; e si è cercato di vedere se esistono alterazioni ematologiche per eccesso di tale secrezione. L'attenzione è stata rivolta allo studio degli individui affetti da ulcera duodenale, cui concomita ipersecrezione gastrica; le ricerche del fermento di Castle, possibili fino a poco tempo fa solo ricorrendo alla somministrazione di carne precedentemente digerita dal succo in esame ad

anemici perniciosi, presentavano difficoltà tecniche che non permisero risultati decisivi (Recentemente Gebhard e Singer preconizzarono il nuovo metodo della reticolocitosi dei ratti, su di cui gli studi sono ancora in corso; per giuocoforza dunque l'attenzione è stata rivolta allo studio del sangue stesso degli ulcerosi. I risultati di tale studio, pur non essendo ancora definitivi, si presentano abbastanza concordi e suggestivi; si è visto che esiste frequentemente un relativo aumento numerico dei gl. rossi (Schmilinski, Friedmann, Naegeli ecc.) il quale non può essere attribuito all'ispessimento del sangue, nè ad una acidificazione dell'organismo; ma v'è un altro fatto ben più importante, che si rende palese anche quando il numero delle emazie è costante: l'emoglobina di tali malati dimostra un'aumentata capacità nel legare l'ossigeno, capacità che di solito è costante (espressa dal cosidetto coefficiente di Huefner). Dunque in contraposizione alle sindromi anemiche-achiliche, esistono delle alterazioni del sangue di cui l'espressione è la poliglobulia o un diverso comportamento dell'emoglobina, legate probabilmente all'ipersecrezione gastrica, per la quale si verifica o una iperutilizzazione del ferro alimentare o un aumento del fermento di Castle.

L'esistenza della poliglobulia sintomatica nell'ulcera duodenale ha suggerito il pensiero che anche la causa della poliglobulia essenziale (policitemia - morbo di Vaquez) potesse essere ricercata nell'eccesso di secrezione gastrica. Nella letteratura non mancano i casi di morbo di Vaquez, nei quali coesisteva anche l'ulcera gastrica o duodenale, tanto che qualcuno ha pensato di attribuirla a disturbi di circolazione locale per ispessimento sanguigno. Però le ricerche personali dell'A., eseguite nei policitemici con pasto di Ewald, non avrebbero messo in evidenza un costante aumento della secrezione gastrica; in qualche caso anzi è stata riscontrata anacidità. Si tenga presente che la secrezione del fermento di Castle non è affatto parallela ai valori di HCl. Alcuni AA. (Meulengracht e Schiodt) avrebbero riscontrato un costante aumento di pepsina nei policitemici; certo che neanche questo dato permette di concludere su un'aumentata o modificata produzione del principio di Castle (che potrà essere controllato nell'avvenire mediante il metodo della reticolocitosi dei ratti). L'A. ricorse dunque a delle osservazioni indirette; non potendosi, naturalmente, eseguire senz'altro la resezione gastrica nei poliglobulici, egli ha applicato in qualche caso la terapia suggerita da Katsch per l'ulcera duodenale: il sondaggio permanente dello stomaco con continua rimozione del succo gastrico. In seguito a questa terapia l'A. ha potuto constatare un notevole miglioramento della sindrome ematica. In altri malati fu applicata invece l'irradiazione della r. gastrica; anche qui venne conseguito un netto miglioramento; però dopo qualche mese insieme col ritorno al normale della secrezione gastrica si ripresentava il quadro poliglobulico. A confermare tali dati viene citato un caso di policitemia con ulcera stenosante del piloro; dopo la resezione la policitemia tipica scompariva; anzi il p. è diventato alquanto anemico. Dunque, secondo l'A., anche il morbo di Vaquez può essere incluso fra le emopatie gastrogene e il suo trattamento di elezione dovrebbe essere rappresentato dalla resezione dello stomaco che deve comprendere per lo meno due terzi di esso.

Sono questi dati nuovi, che per il fatto stesso della loro novità non sempre riuscirebbero persuasivi; ma gli studi molteplici, le recenti esperienze, la stessa logica ci portano a riconoscere la fondamentale importanza della funzionalità dello stomaco, che viene ad occupare un posto centrale nello svolgimento dell'emopoiesi; dalla sua funzionalità perfetta dipende lo stato normale del sangue, di cui esso può dirsi regolatore e custode. S. MINZ

## La mielosi osteomalacica.

**(Mielosi aleucemica decalcificante).**

(BOUCHUT-LEVRAT-GUICHARD, *Le sang*, 1934, num. 8).

Nella patologia degli organi ematopoietici, in particolare del sistema mieloide, esistono ancora un certo numero di sindromi mal definite: le mielosi aleucemiche.

Una vera entità nosologica rappresenta la mielosi aleucemica, solo se nel suo quadro, si fanno rientrare in senso restrittivo le forme delineate dal Banti, Naëgeli, Hirschfeld, cioè le forme caratterizzate anatomicamente da una iperplasia mieloide del midollo osseo spesso associata ad una reviviscenza ematopoietica del fegato, della milza, dei gangli, senza alcun perturbamento della formula ematologica, scartando per altro i casi appartenenti più alle anemie che alle mielosi. Favre, Guichard nelle mielosi aleucemiche hanno recentemente isolata una varietà speciale, detta megacariocitaria. Ora Bouchut, Levrat, Guichard isolano un'altra forma clinicamente presentantesi come una classica osteomalacia. La mielosi osteomalacica è un tipo di malattia dello scheletro molto rara interessante contemporaneamente l'osso ed il suo midollo.

L'osserv. prima è degli AA.: uomo di 62 anni, da tre anni colpito da dolori al torace e all'addome, nella stazione eretta, o seduta o nella marcia. Esame clinico del malato negativo. Infossamento della parte superiore dello sterno, cifosi rachidea a grande raggio. Decalcificazione diffusa dei corpi vertebrali, schiacciamento della prima lombare. Dopo tre settimane di soggiorno in ospedale compare febbre, grave stato generale, frattura costale spontanea, coma, morte.

Il giorno antecedente nel sangue si notavano: 4,371,000 globuli rossi; 25,110 g. b.: 6 % linfociti; 2 % monociti; 10 % polinucleari:

1,5 % premielociti; 9 % mielociti neutrofili; 5 % metamielociti; 66,5 % mieloblasti; 1 % emazie nucleate.

All'autopsia: organi normali, frattura trasversale dello sterno, rammollimento estremo e generalizzato dello sterno di tutta la colonna rachidea, la quale si poteva tagliare col bisturi e lasciava uscire un midollo rosso scuro, diffluente, abbondante. Istologicamente, trasformazione mieloide totale della milza, infiltrazione mieloblastica pura del fegato; scomparsa totale della sostanza ossea dello sterno e delle vertebre, rimpiazzata da un tessuto connettivo lasso, senza fibroblasti e mieloplassi, con aspetto angiomatoso.

La seconda osservazione è del Meek, 1908. Donna di 21 anni, che tre anni prima si lamenta di dolori alle gambe, due anni prima non può camminare, ha una frattura del femore. Nel sangue: 5,746,875 g. r.; 3520 g. b.; 70,6 polinucleari neutrofili; 3,3 eosinofili; 8,3 piccoli linfociti; 12 grandi linfociti; 5,3 grandi mononucleati; febbre irregolare. Decalcificazione delle ossa lunghe alla radiografia.

Morte dopo 15 giorni di febbre.

All'autopsia lo sterno, le vertebre, le costole, il femore presentano un assottigliamento dello strato compatto esterno con rammollimento. Istologicamente si dimostra un riassorbimento della sostanza ossea, un midollo vascolarizzato, numerosi elementi mieloidi.

Il terzo caso è del Dwijkoff, e riguarda una bambina di 5 anni presentante da più di un mese febbre, dolori articolari ed all'emitorace destro. Nel sangue: 1,690,000 g. r.; 1700 g. b.; 9 % di cellule di Rieder.

Morte al terzo mese di malattia.

All'autopsia: milza grossa, midollo osseo dello sterno, del rachide, del femore, color rosso lampone. Istologicamente midollo iperplasico, tendenza alla distruzione della sostanza ossea.

Il quarto caso è del Grulee, Apfelbach, Lemaster: bambino di 7 anni con febbre e dolori articolari da più di dieci mesi. Rarefazione ossea della pelvi, del collo femorale, del rachide. Calcemia normale. Nel sangue: g. r. 3,750,000; 2400 g. b.; 64 % di polinucleati neutrofili; 34% di linfociti; 1 % di forme di transizione; 1 % di eosinofili. *Poussée* transitoria di angina agranulocitica. Morte all'undecimo mese di malattia. All'autopsia: visceri normali, corpi vertebrali, coste, femori, decalcificati; midollo abbondante, diffluente, rosso. Microscopicamente: iperplasia mieloide localizzata al solo midollo osseo.

Lo studio comparato di questi casi, finora considerati isolatamente nella letteratura, permette di tracciare un quadro generale di questa malattia, varietà di mielosi aleucemica.

Vi è tutto un corteo di dolori ossei e di impotenza funzionale, di fratture spontanee e di deformazioni vertebrali che, unite ad una decalcificazione diffusa dello scheletro, senza alterazione dello stato generale, simulano perfettamente il quadro clinico e radiologico della osteomalacia. Alla quale si accompagna una iperplasia del midollo osseo, massiva, fondamentale. Acuta o cronica, la forma non si accompagna ad alcun perturbamento della formula sanguigna, abbenchè possano presentarsi episodi subleucemici od agranulocitici.

Si differenzia la forma dalla osteite fibrocistica, per i suoi caratteri radiologici e per l'assenza di tessuto fibroblastico, e di mieloplassi.

Differisce dalla osteomalacia per la sua evoluzione rapida ed altamente febbrile, per installarsi all'infuori della puerperalità, e del sesso, e per l'esistenza dell'iperplasia mieloide del midollo.

La natura ematopoietica dell'affezione è provata anche dalla comparsa nel corso della mielosi osteomalacica, di incidenti ematologici: agranulocitosi, subleucemia, ecc. L'iperplasia diffusa, tipica, e globale della mielosi serve a differenziare l'affezione dai tumori, dal mieloma, in cui il processo è nodulare, anarchico, deviato. Si può conchiudere che, presentantesi sotto la maschera clinica e radiologica della grande osteomalacia, e localizzandosi, d'altra parte, al solo midollo osseo senza alterare in modo notevole la formula ematologica, e portando, infine, a lesioni estese dello scheletro in cui l'iperplasia mieloide marcia di pari passo con la decalcificazione, ed in cui ambedue evolvono di concerto con la stessa intensità ed una eguale diffusione, la mielosi aleucemica decalcificante appartiene così al doppio gruppo nosologico delle affezioni dell'osso e delle malattie ematopoietiche. Essa prende posto nel quadro generale anatomo-clinico della mielosi osteomalacica, individualizzata dagli AA.

MONTELEONE.

## MISCELLANEA.

### Sulla importanza dei riflessi condizionati nella immunità.

(S. MÉTALNIKOV. *Presse Méd.*, 24 nov. 1934).

L'A., dopo avere riassunto le modalità tecniche necessarie per ottenere, negli animali di esperimento, dei riflessi condizionati, e le precauzioni necessarie perchè le esperienze abbiano risultato, ricorda i risultati incoraggianti ottenuti nelle prime sue esperienze rivolte allo scopo di ottenere dei riflessi immunitari condizionati. Associando ad una eccitazione interna (iniezione di microbi riscaldati o di brodoculture nel peritoneo) una eccitazione esterna (grattamento o riscaldamento di una stessa regione della pelle) l'A. insieme con Chorine ha potuto provocare nelle cavie dei riflessi condizionati tipici. Le cavie così preparate e che avevano subito una eccitazione interna, davano le stesse reazioni di difesa nel peritoneo di fronte alla sola eccitazione esterna.

Continuando le loro esperienze gli AA. hanno cercato di provocare dei riflessi condizionati sulle reazioni cellulari del sangue. È noto che ogni iniezione di una emulsione microbica cambia bruscamente la formula leucocitaria

del sangue. Associando queste iniezioni ad una eccitazione esterna (grattamento dell'orecchio o suono di una tromba) gli AA. hanno potuto ottenere dei riflessi tipici. Dei conigli che avevano ricevuto da 15 a 30 iniezioni successive (una al giorno) associate a delle eccitazioni esterne, da dieci a quindici giorni dopo l'ultima iniezione, quando la formula leucocitaria era ritornata normale, reagivano con una reazione leucocitaria tipica alla sola eccitazione esterna abituale.

Altre esperienze furono fatte allo scopo di ricercare l'influenza dei riflessi condizionali nella formazione degli anticorpi. Parecchi conigli ricevettero ogni giorno nel peritoneo 1 cc. di emulsione di vibrioni colerici scaldati. Ogni iniezione era preceduta da una eccitazione esterna (grattamento o riscaldamento di una regione del corpo); tre settimane dopo l'ultima iniezione, quando il titolo di agglutinazione era caduto, due o tre conigli subivano per tre o quattro giorni l'eccitazione condizionale esterna. Mentre nei conigli-controllo il titolo di agglutinazione resta presso a poco allo stesso livello, nei conigli che hanno subìto l'eccitazione il titolo di agglutinazione cresce progressivamente. Qualche volta il titolo di agglutinazione cresce anche nei controlli, ma bisogna considerare che tutte le altre eccitazioni esterne (trasporto dell'animale nel laboratorio, la vista degli strumenti, l'illuminazione, ecc.) possono associarsi a produrre lo stesso effetto che il vero eccitante condizionale.

I risultati negativi ottenuti da alcuni AA. si spiegano, secondo l'A., per il fatto che non tutti gli animali reagiscono egualmente bene alle eccitazioni esterne, così come non tutti reagiscono nello stesso spazio di tempo. Occorre pertanto scegliere bene gli animali e ricordare anche tutte le esigenze tecniche necessarie alla buona riuscita degli esperimenti, esigenze che sono state minutamente analizzate da Pavlow e dai suoi collaboratori.

Il fatto che una semplice eccitazione esterno può cambiare bruscamente la formula leucocitaria del sangue o aumentare la produzione degli anticorpi dimostra molto chiaramente l'importanza che ha il sistema nervoso nelle reazioni dell'immunità. Con qual mezzo i centri nervosi agiscono sulle cellule libere che hanno importanza principale nella immunità? Queste cellule non hanno alcuna connessione con il sistema nervoso e nonpertanto esse sono sicuramente influenzate dai centri nervosi. Si deve dunque ammettere che il sistema nervoso possa agire a distanza a mezzo di qualche fattore: induzione, irradiazione od ormoni.

C. TOSCANO.

## Il "fetor ex ore" (halitosis).

(W. N. BOLDYREFF. *Tohoku Journ. experim. med.*, 28 settembre 1934).

Per quanto comune, il « fiato puzzolente » non è ben conosciuto nelle sue cause e nella sua base fisiologica al pubblico medico, donde la difficoltà di adottare delle misure efficaci contro di esso.

L'A. non si occupa dei casi in cui esso è dovuto a malattie della bocca, del naso, del faringe, dei polmoni che sono relativamente rari e non tipici; così pure non fa che ricordare l'alito acetonico del diabete mellito.

Dagli esperimenti fatti sui cani e dalle osservazioni su questi e sull'uomo, se ne conclude che la sorgente principale di questo incomodo risiede nello stomaco. L'odore è piuttosto uniforme e costante ed è dovuto alla miscela di varî gas; nei gas leggeri, esso rassomiglia all'odore del fieno fresco e della paglia o di bevande in stato di fermentazione; in quelli gravi, si ha odore di uova putride.

Qualcuno ha avanzata l'ipotesi, non mai confermata dai fatti che il fiato puzzolente fosse da attribuirsi a sostanze azotate che in certe condizioni, raggiungono i polmoni, per la circolazione portale e la cava.

Del resto, la provenienza gastrica del fiato puzzolente la troviamo anche negli individui che hanno mangiato l'aglio, la cipolla ed altre sostanze a forte aroma, che esalano poi col loro fiato.

Di regola, a bocca chiusa, il fiato puzzolente non viene avvertito dalle persone che stanno vicino (chi ne è affetto vi è abituato e non lo avverte); ma non appena l'individuo incomincia a parlare, si diffonde subito l'odore.

Nei casi lievi, quando è affetto il solo intestino tenue, il fiato puzzolente si sente soltanto a digiuno, mentre scompare non appena ingerito il cibo. Questo fatto indica l'origine poichè, quando l'odore che si avverte a stomaco pieno deriva da questo e si ha quando il processo patologico è più serio, anche in questo caso, la malattia è soltanto funzionale.

I fisiologi che studiano i problemi della digestione conoscono bene gli odori caratteristici dei varî succhi digerenti, freschi e decomposti. Generalmente, il succo gastrico ha un odore acido piacevole e non si decompone per la presenza dell'acido cloridrico che inibisce la vita dei germi.

La saliva normale fresca è praticamente inodora; quella in via di decomposizione ha un odore sgradito, che però non è quello del « fiato puzzolente ». Lo stesso deve dirsi della bile che, allo stato fresco o decomposto, ha un debole odore del tutto diverso dal « fiato puzzolente ». Questo, invece, lo troviamo nel succo intestinale, che allo stato fresco ha un odore debolissimo. Però, il succo intestinale non entra mai nello stomaco in notevoli quantità, sicchè, praticamente, non ha importanza.

Rimane, quindi, da considerare il succo pancreatico che, anche allo stato fresco, e tanto più in quello di decomposizione, ha un odore del tutto simile a quello dell'halitosi.

Sorge allora la questione del se e quando tale succo passi nello stomaco e se le condizioni di questo siano favorevoli alla sua decomposizione.

I fisiologi conoscono bene le condizioni in

cui il succo pancreatico entra nello stomaco in forti quantità, generalmente commisto con succo intestinale e bile. Due di queste ci interessano nell'argomento trattato.

Anzitutto, quella che si ha in stato di digiuno in individui con malattie del tenue, quando lo stomaco ed il tenue sono vuoti o, piuttosto, quando la mucosa intestinale è ipersensibile.

È un fatto stabilito che a stomaco e tenui vuoti, il succo pancreatico, insieme con quello intestinale e bile, entra periodicamente nell'intestino, talora in quantità di circa 60 cmc. nell'uomo. Tale liquido è molto irritabile per la mucosa intestinale e, quando l'intestino è sensibile, provoca quindi forti contrazioni intestinali, le quali forzano tale liquido (in cui predomina il succo pancreatico) a rigurgitare nello stomaco, dove rimane a lungo. Negli individui in cui lo stomaco ha una deficiente secrezione di succo (che agisce da disinfettante), si ha una reazione alcalina (a stomaco vuoto) e presenza di microbi e di proteine in via di decomposizione. In tali condizioni, il succo pancreatico, ricco di proteine, si decompone facilmente.

A digiuno, con stomaco ed intestino vuoti, ogni nuova porzione del liquido escreto periodicamente irrita la mucosa intestinale, che è molto sensibile, e provoca il rigurgito nello stomaco; il suo accumulo e la sua decomposizione (per i microbi della putrefazione) genera il caratteristico « fiato puzzolente ».

L'assenza di secrezione gastrica, il catarro gastro-intestinale ed altre condizioni possono pure produrlo.

Con l'assunzione del cibo, il contenuto gastrico cambia natura; a stomaco normale, capace di produrre un succo normale, la reazione diventa fortemente acida ed inibisce quindi la decomposizione, sicchè cessa il fiato puzzolente.

Quando il chimo entra nell'intestino trascina seco anche i residui della decomposizione del succo pancreatico; il succo pancreatico che, allora vi si mescola, diluito dai cibi e dai succhi digestivi, non ha azione irritante sulla mucosa intestinale, sicchè non si ha il rigurgito nello stomaco.

A conferma di queste idee, l'A. riporta alcune sue osservazioni ed esperienze sui cani che vanno pure soggetti al « fiato puzzolente », sebbene in proporzione minore che l'uomo ,a causa dell'abbondanza e della grande acidità del loro succo gastrico.

Oltre al meccanismo descritto, tutte le condizioni che favoriscono l'irritazione della mucosa del tenue tendono a produrre l'halitosi. L'esempio più comune è quello dell'uso eccessivo di alcoolici, specialmente ad alta concentrazione, presi senza ingerire successivamente dei cibi, che li diluirebbero. Entrando nell'intestino in quantità notevoli, essi provocano una forte irritazione della mucosa intestinale, il che crea le condizioni favorevoli per il rigurgito del contenuto intestinale nello stomaco; negli individui con scarsa o mancante secrezione gastrica si favorisce così la decomposizione che genera il cattivo odore.

Da quanto sopra si è detto, è chiaro che, per eliminare il « fiato puzzolente », si devono rimettere in stato di salute lo stomaco ed il tenue e si deve evitare ogni irritazione del tenue. Evitare, quindi, le sostanze irritanti di ogni specie: bevande alcooliche, pepe, senape, aceto, ecc.

Si deve consigliare un regime che, per esperienza personale, non abbia effetto irritante sull'intestino ed evitare l'uso di grassi; mangiare quando si ha realmente fame ed in piccole quantità, non più di 2-3 volte al giorno. Fare uso soltanto di cibi saporiti, che favoriscano la secrezione del succo gastrico e non prendere mai cibo al di fuori dei pasti.

Se tali misure sono inefficaci, si farà una lavatura gastrica tutte le mattine. Anche la semplice bibita di bevande calde impedisce il « fiato puzzolente »; l'acqua diluisce il materiale in decomposizione e ne provoca l'eliminazione nell'intestino.

Se lo stomaco produce poco succo gastrico ed il pancreas è del tutto normale, sono utili delle bevande acidule (succo di limone, di arancia, ecc.). Nei casi più gravi si ricorrerà, come si è detto, alle lavature di stomaco per parecchie settimane.

Il fiato puzzolente va considerato come una malattia funzionale della mucosa del tenue, che di per sè stessa è molto ostinata, ma che è facilmente curabile mediante regole di buona igiene della nutrizione, che la fanno scomparire per dei mesi. Spesso, però, si hanno delle ricadute. Ad ogni modo, si tratta di una condizione che dipende dallo stesso paziente. Nei bambini, il fiato puzzolente può derivare dalla presenza di vermi nel tenue e va curato in conseguenza. *fil.*

## DIVAGAZIONI

### E possibile una guerra batteriologica?

(L. SESTINI. *Ann. di Medic. Navale e Coloniale*, settembre-ottobre, 1934).

L'A. esamina in una pregevole rivista sintetica la possibilità di una guerra batteriologica nonchè le modalità con le quali potrebbe essere condotta.

Alla domanda se sia possibile una guerra batteriologica bisogna rispondere affermativamente. La semplicità di preparazione di liquidi e polveri infette da irrorare con apparecchi spruzzatori montati su velivoli o contenuti in fiale di vetro, che possono essere allestite in numero illimitato per essere gettate su estese zone, renderebbe questo sistema veramente micidiale.

La guerra batteriologica potrebbe essere impiegata da un nemico poco scrupoloso e, usando particolari precauzioni, quasi senza alcun

pericolo proprio, specialmente non adoperandolo contro le truppe che ha di fronte e nelle retrovie immediate dell'esercito avversario, allo scopo di evitare contagi per sè nelle eventuali avanzate. Sarà quindi usata, in modo particolare, contro la popolazione dell'interno per fiaccarne la resistenza.

È perciò necessario indicare questo pericolo per preparare le difese anche contro quest'arma prendendo tempestive misure educative ed igieniche generali e speciali.

I mezzi più idonei per la diffusione di germi patogeni possono essere compresi nelle seguenti classi: 1) mezzi aerei; 2) artiglierie; 3) uomini; 4) animali; 5) materiali infetti da ectoparassiti.

I velivoli in modo speciale si ritengono generalmente siano i più indicati per effettuare la guerra batteriologica direttamente a mezzo di polverizzatori o diffusori installati nella carlinga. Con questi si può diffondere durante voli radenti polveri o liquidi infetti su acque o su ampie estensioni di terreno destinate all'alimentazione del bestiame e sulle popolazioni delle città. Indirettamente si può raggiungere lo stesso scopo a mezzo di colture vive e virulente contenute in fiale, bottiglie, come in confetti, cioccolatini od in speciali bombe batteriologiche.

Il lancio di culture microbiche a mezzo di proietti di artiglieria è alquanto discusso dato che l'alta temperatura che si sviluppa al momento del fuoco al momento dello scoppio del proietto non dovrebbe permettere la sopravvivenza dei germi. Il Trillat sostiene però che lo scoppio non uccide i germi, anzi facilita la disgregazione degli agglomerati microbici. Solo una serie di esperienze potrebbe risolvere definitivamente la questione.

Gli uomini potrebbero servire ad alimentare la guerra batteriologica trasportati con velivoli nelle zone prescelte, muniti di fiale con le culture, per infettare acque, terreno, alimenti. Più facilmente la guerra stessa potrebbe essere condotta da emissari o fiduciari nemici incaricati delle stesse operazioni.

Anche animali infetti sarebbero preconizzati per la guerra batteriologica, ma gli stessi AA. che ne prospettano l'impiego ritengono che ciò possa essere arma a doppio taglio. Cani, topi, conigli, gatti infetti dalle malattie infettive per cui gli animali sono più ricettivi e che possono essere comunicate agli uomini ed agli animali domestici, verrebbero chiusi in cestelli o gabbie con speciale sistema di chiusura e calati dall'aereo. Gli ectoparassiti proposti come agenti di trasmissione di infezione sono soltanto i pediculi vettori del germe del tifo esantematico.

I germi proposti come i più indicati allo scopo sono in primo luogo quelli capaci di dare setticemia o tossiemia: quindi il b. tifico, i b. paratifici, il b. coli, il b. botulinico, il v. del colera, la brucella melitensis, il b. tularense.

Il germe che però raccoglie il maggior numero di proposte come aggressivo di guerra è il b. pestoso per la sua resistenza al disseccamento, all'umidità, per poter esser conservato lungamente attivo negli animali recettivi e specialmente per la virulenza della forma polmonare. Ma oggigiorno è possibile ricorrere facilmente alle difese sia di ordine generale come a quelle speciali in modo da soffocare rapidamente un focolaio di infezione.

È stata anche proposta la diffusione del b. del tetano data la resistenza della sua spora e la facilità di attecchimento.

Più facilmente ancora bisognerà temere gli agenti di malattie epizootiche, trasmissibili anche all'uomo, come la morva, il carbonchio, l'afta epizootica.

Il problema della guerra batteriologica merita l'attenzione più seria e richiede gli studi degli specialisti. Non bisogna esagerarne il pericolo, perchè è arma a doppio taglio, ma bisogna prepararsi per non essere colpiti alla sprovvista.

C. TOSCANO.

# CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

LAQUER FRITZ. *Hormone und Inneresekretion.* IIª ediz. Dresden, T. L. Steinkopff, 1934. R. M. 18.

Fa parte dell'opera diretta dal Liesegang e ne costituisce il XIX volume. In questa IIª edizione sono trattati tutti gli argomenti della endocrinologia. Ad una parte generale che molto brevemente tratta degli ormoni, dei metodi d'indagine e della organoterapia, segue una parte speciale che svolge in altrettanti capitoli tutte le ultime e più moderne acquisizioni nel campo dello studio delle sindromi morbose relative alle varie glandole a secrezione interna. Sono pure presi in esame i problemi inerenti ai supposti ormoni del cuore e della circolazione, come pure è trattata la funzione ormonica della milza e del rene, ed i rapporti fra il fegato e l'anemia perniciosa.

In un ultimo breve capitolo sono presi in considerazione alcuni altri ormoni, la cui presenza nell'organismo è più supposta che dimostrata, come può dirsi per gli ormoni delle tonsille, del polmone, del midollo osseo ecc. Un particolare pregio di questo volume è la ricchezza delle citazioni bibliografiche, sulla scorta delle quali è si può dire esposta la materia. Rappresenta un valido aiuto per chi si interessa dei problemi della endocrinologia e per chi voglia essere al corrente delle più recenti pubblicazioni su tale argomento.

TR.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

G. LISI. *La diatesi artritica*. Editrice Latina, Napoli. Prezzo L. 18,00.

Le nozioni sulla diatesi artritica sono ancora incerte e confuse: incerte per la deficienza di quadri nosografici ben definiti, confuse a causa di una terminologia caotica ed imprecisa.

L'A. ha tentato di mettere un po' di precisione in tante incertezze, un po' d'ordine in tanta confusione, cercando di definire la diatesi artritica, di fissarne l'etiopatogenesi, e classificarne le manifestazioni cliniche. DR.

G. DREYFUS. *Hygiène et régimes des obèses*. Editore Doin, Parigi. Prezzo Fr. 12,00.

È una succinta esposizione del regime di vita, delle cure che devono essere osservate dall'obeso allo scopo di diminuire il suo grasso, e quindi rendergli la vita più facile e l'organismo meno aggredibile da altri mali. DR.

G. LEVEN. *L'Aérophagie*. Un vol. in-16°, di 218 pag. con 28 fig. G. Doin, Paris, 1934. Prezzo 20 fr.

Per quanto sia stata negli ultimi tempi contrastata, la nozione dell'aerofagia si è imposta ed è anzi di notevole utilità per una diagnosi precisa di fronte a tante condizioni che essa simula. Essa, di fatto, crea dei sintomi gastrointestinali, cardiaci, respiratori, talora di apparenza drammatica, oltre a rivelare delle lesioni organiche tanto lievi che sarebbero altrimenti sfuggite. Il che non toglie che si debba evitare delle esagerazioni nel fissare tale diagnosi, la quale va fondata su un complesso di ricerche sistematiche perchè, altrimenti, si corre il rischio di misconoscere delle lesioni anche gravi, come lo dimostrano alcuni casi riferiti dall'A., di gozzo interno, di lesioni esofagee, ecc.

Il libro dell'A. espone il meccanismo e l'etiologia dell'aerofagia ed aerocolia e fa uno studio particolareggiato di tale sindrome, trattando poi la diagnosi e la terapia, consacrando l'ultimo capitolo all'aerofagia del poppante.

Il libro è alla sua III[a] edizione, il che dimostra l'interessamento da esso destato nella classe medica. *fil.*

L. PAOLETTI. *Naturismo*. Editore Corbaccio, Milano. Prezzo L. 12,00.

Il naturismo va acquistando terreno. È un movimento che si espande e trova sempre più credito. Le idee si vanno precisando grazie ad una intelligente propaganda che ne mette a punto le finalità e ne definisce i mezzi.

Nell'urto delle resistenze incontrate, il naturismo si va liberando di tutto ciò che era esagerazione e sapeva di infatuazione, e si rende sempre meglio comprensibile, più accettabile.

Il libro del Paoletti espone in modo chiaro la parte dottrinale e la prassi della nuova arte del vivere.

È un libro che merita di essere letto.

DR.

L. ANGELONE. *In compagnia di Igea*. Un vol. in-16°, di 110 pag., con 3 tav. Stab. tip. Pucci, Ancona, 1934.

Sono qui raccolte, ordinate ed esposte in forma piana le principali nozioni di igiene che dovrebbero guidare la vita dell'uomo, dall'infanzia alla vecchiaia. Il lavoro, come si esprime il prof. Sanarelli nella prefazione, è ben redatto, si scorre volentieri ed è pieno di notizie precise e sensate. *fil.*

*The Foundation Rockefeller. Annual Report 1933*. Un vol. in-8°, di 476 pag., con tav. e fig. New-York, 49 West, 49th. Street.

Il consueto rapporto annuale della munifica Fondazione Rockefeller va dimostrando sempre più efficace attività, che si estende per tutto il mondo (vi è anche il notevole contributo di circa 15.000 dollari per fornire la letteratura scientifica alla Russia) ed in campi svariati; comprende, di fatto, oltre alla profilassi e salute pubblica, le scienze mediche e naturali, le scienze sociali, l'archeologia. Una idea dell'importanza e della munificenza della Fondazione è data dalle spese fatte negli anni dal 1913 al 1933, spese che, per la sola salute pubblica, ammontano ad oltre 800 milioni di dollari. *fil.*

## ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

### Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 6 dicembre 1934.

Presidenza: on. prof. ERMANNO FIORETTI, presidente.

L'Accademia ha commemorato, con l'intervento delle più alte autorità mediche e chirurgiche della Capitale, l'on. sen. prof. FRANCESCO DURANTE, presidente onorario dell'Accademia ed i proff. SALVATORE OTTOLENGHI e PIO PEDICONI, suoi Soci residenti. Erano rappresentate le Famiglie dei tre Commemorati.

Il prof. RICCARDO DALLA VEDOVA, rievocando la vita e le opere del suo Maestro, Francesco Durante, fece rifulgere come Egli, dalla Cattedra di Patologia e Clinica Chirurgica dell'Ateneo Romano, servì la Patria e l'Umanità per ben 46 anni, profondendo il tesoro della Sua dottrina e delle Sue teorie sempre geniali ed ancora oggi incrollabili, a intere generazioni di Sanitari: teorie e dottrina che, insieme al Suo classico Trattato di Patologia Chirurgica, Lo hanno reso celebre nel Mondo intero, facendo giganteggiare il Suo nome, come scienziato, come patologo e come principe della chirurgia.

Il prof. ANGELO BELLUSSI tratteggiò la figura del prof. Salvatore Ottolenghi, quale creatore della Polizia Scientifica e dell'indirizzo antropo-biologico, oggi largamente applicato dalle principali Nazioni.

Ed il prof. UMBERTO GRANELLI, commemorando il prof. Pio Pediconi, ne illustrò i meriti scientifici, sopratutto nel campo sifilopatico.

L'austera cerimonia ebbe termine col rito dell'appello fascista dei Commemorati, fatto dall'on. Presidente. *Il Segretario*: Prof. A. D'AVACK.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## DALLA PRATICA CORRENTE.

OSPEDALE UMBERTO I - CUORGNÈ

### Ematomielia traumatica.

Dott. GIOVANNI PERARDI, medico direttore.

C. G., di anni 12. Padre e madre viventi e sani. Un fratello gode ottima salute.

Anamnesi remota: nel dicembre 1931 accusò dolori all'articolazione coxo-femorale sinistra specie quando si stancava, claudicazione e fu obbligato a letto. Poi i dolori scomparvero ma non completamente e si risvegliavano ancora qualche volta durante la corsa e nei rapidi movimenti di flessione della coscia.

Il giorno 22 giugno 1932 verso le ore 13,30 partì da casa in bicicletta con un fratello e fece circa 20 km. Ad un crocevia, non avendo capito il fratello che lo invitava a prendere la strada di destra, andò con la bicicletta in un fossato e cadde battendo violentemente della faccia contro un muro. Subito venne raccolto dal fratello ed egli si ricorda che lo pregò di tenerlo perchè non si sentiva più capace di reggersi sui piedi. Venne trasportato in una vicina farmacia e poi a casa. Il sottoscritto, chiamato d'urgenza a visitare l'ammalato, ebbe a riscontrargli quanto segue: Sensorio libero; l'ammalato risponde alle domande e ricorda perfettamente come avvenne la disgrazia; capo libero; pupille uguali e reagenti ugualmente alla luce e all'accomodazione.

Paralisi flaccida completa degli arti inferiori con perdita della sensibilità termica, tattile e dolorifica del tronco fino alla linea bimamillare. Alla palpazione si rileva una viva dolorabilità in corrispondenza della quarta vertebra dorsale.

Gli esami successivi rivelano poi paralisi della vescica e del retto, erezione permanente della verga; i riflessi tendinei aboliti; i riflessi cutanei addominali presenti e il riflesso cremasterico assente; il riflesso plantare abolito a destra, a sinistra Babinski positivo; assenza di febbre.

Data la gravità dei fenomeni venne chiamato a consulto un primario di Torino, il quale decise il ricovero del paziente all'Ospedale S. Giovanni di quella città, dove rimase circa quindici giorni.

Data la sintomatologia sopra descritta, era facile pensare ad una frattura della colonna vertebrale a livello della quarta dorsale. Infatti il vivo dolore riscontrato alla pressione di tale vertebra poteva far diagnosticare una lesione della colonna vertebrale in quel punto.

Vennero perciò eseguite numerose radiografie; ma tali esami, quantunque ripetuti ed accurati, non misero mai in evidenza la minima lesione della colonna vertebrale. Venne anche eseguita una puntura lombare e furono estratti 10 cc. di liquido limpido, uscito a goccie con bassa pressione.

Esclusa quindi dall'esame radiografico qualsiasi lesione della colonna vertebrale, venne fatta la diagnosi di ematomielia o emorragia nel midollo spinale. Ed invero lo sviluppo tumultuoso di gravi fenomeni di deficit spinale in soggetti prima sani di nervi, specialmente giovani, e in diretto rapporto con un trauma; l'esame radiografico negativo della colonna vertebrale, la puntura lombare bianca, l'assenza della febbre e di qualsiasi fenomeno prodromico: tutti questi sintomi sono i segni migliori di una ematomielia. L'emorragia meningea od extramidollare è contraddistinta da segni di irritazione più che da segni di deficienza, come dolori intensi nell'area di distribuzione di certi nervi e crampi muscolari. La vescica ed il retto sono meno suscettibili di essere interessati.

Il decorso dell'ematomielia nel nostro caso fu quello di una paralisi spinale spastica per lesione delle vie piramidali: cioè i riflessi tendinei, che all'inizio della malattia erano scomparsi, ritornarono anzi aumentarono.

Così pure i riflessi cutanei. Il Babinski si fece nettamente positivo nei due lati. A tale fenomeno si accompagnarono rapidi decubiti, atrofia muscolare, cistite, febbre.

Tale quadro morboso tuttavia non si mantenne allo stato di gravezza primitivo, poichè le piaghe da decubito si rimarginarono completamente, la sensibilità migliorò alquanto e scomparvero i gravi disturbi della vescica. Alla distanza di circa un anno il quadro si fece definitivo.

Il caso che ho ritenuto opportuno riferire credo che possa interessare per la scarsa frequenza della malattia ed anche per il modo con cui si produsse: il paziente cadde infatti battendo la faccia violentemente contro un muro. È evidente che al momento del trauma, causa la forte estensione del capo, la colonna cervicale era rigida e quindi la violenza traumatica agì per contraccolpo nella direzione del canale longitudinale della colonna vertebrale, determinando un forte scotimento del midollo e quindi una emorragia nel suo interno. Non v'ha dubbio poi che cause predisponenti di tale evenienza possono essere anche i disordini circolatori dovuti alla violenta emozione morale nel momento del trauma, come pure l'aumento contemporaneo della pressione del sangue e del liquido cerebro-spinale, quale si produce negli infortuni minaccianti la vita per il fatto che il paziente trattiene il respiro e compie sforzi corporei notevoli.

Tuttociò ritengo che nel nostro caso appartenga alle cause dell'ematomielia che ho descritto.

### RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di ematomielia traumatica prodottasi per contraccolpo sulla spina dorsale in seguito a caduta del paziente contro la faccia. Mette in rilievo la rarità del caso e spiega il modo con cui la lesione si è prodotta.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Su un caso di cisti dermoide del mediastino.

A. I. Bengolea (*Sociedad de Cirugia de Buenos Aires*, 21-VI-1933) presenta il caso di una donna che da tre anni e mezzo avvertiva dolori alla regione costale sinistra accompagnati da tosse, espettorazione mucopurulenta e negli ultimi tempi emottisi abbastanza copiose; da circa un anno nell'espettorato osservava la presenza di sostanza sebacea mista a peli. Clinicamente si notava la presenza di una ottusità che dalla regione sottoclavicolare sinistra si estendeva in basso fino a confondersi con l'ottusità cardiaca, rantoli sottocrepitanti, sfregamenti pleurici e soffio bronchiale alla regione ascellare sinistra. Soffio sistolico nel focolaio della polmonare propagantesi a sinistra verso il collo e posteriormente.

Polso radiale sinistro ritardato, con tensione arteriosa diminuita a sinistra ed oscillazione del Pachon più evidente a destra. La radiografia faceva notare la presenza di una cisti alla regione ilare sinistra con una serie di macchie biancastre corrispondente a germi dentarii, inoltre lesione del polmone dovuta all'infezione della cisti. Con una radiografia laterale si vede che la cisti si estendeva fino al mediastino posteriore.

Posta la diagnosi di cisti dermoide del mediastino aperta in un bronco fu deciso l'intervento previo pneumotorace.

Anestesia locale novocainica, incisione parasternale che partendo dal 2° spazio intercostale, si dirige in basso, passa per il solco sottomammario e sale per il bordo esterno della mammella. Fatto così il lembo cutaneo muscolare, si resecano 10 cent. della 3ª costola e si cade nel tumore ricoperto dalla pleura. Si reseca anche la 2ª costola e si vuota la cisti del suo contenuto. Si comincia ad isolare la cisti prima dalle sue connessioni ilari, poi dal pericardio, liberando la sua faccia posteriore e superiore che è in comunicazione col bronco ed infine come ultimo tempo la si libera dalla arteria aorta e dalla polmonare. Si fa un'emostasi accurata, si protegge la fistola bronchiale con una linguetta molto sottile di polmone. Si lascia uno zaffo e si chiude il torace a piani. Fu molto difficile suturare la pleura, il che ha obbligato l'A. a fare un piano pleuromuscolare.

Il decorso post-operatorio fu delicatissimo: tachicardia nei primi giorni, espettorazione sanguinolenta, empiema per il quale si reinterviene con una pleurotomia intercostale dopo 22 giorni.

Siccome l'empiema tendeva a cronicizzarsi fu praticata una frenicoexeresi con risultati eccellenti che permisero di dimettere la paziente 25 giorni dopo in ottime condizioni.

PLASTINA.

### La terapia delle suppurazioni croniche delle vie respiratorie.

L. Ramond (*Presse médicale*, 23 giugno 1934) nell'ascesso semplice del polmone consiglia la terapia seguente:

1) Iniezioni sottocutanee di cloridrato di emetina (cg. 4) ogni due giorni, fino ad una dozzina, anche senza pensare all'origine amebica dell'ascesso.

2) Drenaggio di posizione, facendo tenere al malato per più volte al giorno e per un certo tempo la posizione che sembra più favorevole per un'abbondante espettorazione.

3) Vedere se è possibile un trattamento broncoscopico.

4) In caso d'insuccesso, ricorrere non già al penumotorace artificiale che, pur contando qualche successo, può provocare danni (emottisi, rottura di aderenze, pleuriti purulente o putride), ma all'operazione che il chirurgo crederà meglio indicata: frenicectomia, scollamento pleuro-parietale seguito da compressione extrapleurica e sopratutto penumotomia con incisione chirurgica e drenaggi della sacca.

*fil.*

### L'alcoolterapia endovenosa nella tubercolosi polmonare.

G. Usuelli (*Rinascenza Medica*, 31 agosto 1934) ha sottoposto all'alcoolterapia endovenosa 10 ammalati di tubercolosi polmonare, adoperando alcool al 33 % in soluzione glucosata al 5 % e praticando le iniezioni a giorni alterni nelle vene del gomito e dell'avambraccio.

L'alcoolterapia endovenosa senza dubbio influenza favorevolmente alcuni dei sintomi secondari della infezione tubercolare. Il peso aumenta, la tosse si fa più rara, l'escreato diminuisce nettamente e si fluidifica, l'appetito aumenta, le condizioni generali dei malati migliorano.

Nulla si può dire invece sull'azione eventuale dell'alcool sulle lesioni specifiche. Bisognerebbe poter applicare a lungo l'alcoolterapia endovenosa, cosa alla quale si oppone la facile insorgenza della sclerosi delle vene del braccio, che si verifica dopo poche iniezioni. L'A. ritiene che possa eliminarsi tale inconveniente usando dell'alcool a soluzioni meno concentrate, ad es., al 10 %, regolandosi come per il calcio endovenoso sia per gl'intervalli che per i cicli di cura.

Circa il meccanismo d'azione dell'alcoolterapia, a prescindere dall'azione tonica e stimolante sul sistema nervoso e sulle funzioni digestive, l'alcool avrebbe una particolare azione battericida, in virtù del suo pneumotropismo specifico, in seguito all'assorbimento « in situ » da parte del reticolo endotelio. L'alcool infine, determinerebbe modificazioni dei poteri immunitari locali.

C. TOSCANO.

**Emottisi. Nota sull'anatomia patologica e sulla cura.**

La cura dell'emottisi non è sempre seguìta da successo. A volte l'emorragia è scarsa all'esterno, ma si ripete anche per piccoli movimenti del paziente e quindi si ha accumulo nei bronchi di notevole quantità di sangue.

L'eliminazione del sangue dalle vie bronchiali si può fare solo colla tosse; questo spiega perchè alcuni emottoici presentano fatti notevoli di ostruzione bronchiale per l'uso di morfina.

Se la quantità di sangue è scarsa esso può essere riassorbito dalle pareti bronchiali.

Spesso il sangue può essere aspirato in altri bronchi e dare una disseminazione del processo tubercolare.

H. V. Merlock e A. J. Scott Pinchin (*The British Medic. Journ.* 27 ottobre 1934) usano da due anni le iniezioni endovenose di rosso Congo, già consigliato dal Becker e da altri, fin dal 1930, per la cura dell'emottisi.

L'azione farmacologica pare sia quella di eccitare la produzione di trombociti agendo sul midollo osseo. Certamente il rosso Congo dà aumento dei monociti, aumento delle piastrine, aumento della fibrina del sangue e riduzione del tempo di coagulazione.

La soluzione adoperata è all'uno per cento, la quantità 10 c.c.; raramente si può fare una seconda iniezione 6 ore dopo la prima.

In un grande numero di casi soltanto due non migliorarono col rosso Congo, che diede buoni risultati anche nelle emorragie di origine gastrica o duodenale.

Altri metodi di cura dell'emottisi sono l'iniezione di adrenalina nella trachea (gli A. non ne ebbero effetti) e il pneumotorace artificiale. R. LUSENA.

**I vaccini nella pertosse.**

Secondo H. Rosenbusch (*Schweiz. med. Wochens.*, 29 sett. 1934) con i vaccini, si ottengono nella pertosse risultati tali da ritenersi che si tratti realmente di azione specifica; l'effetto si ha anche in casi in cui si può escludere ogni forma di suggestione e sempre superiore ad ogni altro mezzo terapeutico. La prova per la specificità è di difficile dimostrazione, ma lo stesso si può dire anche per negare la specificità stessa.

L'A. quindi consiglia di usare il vaccino in ogni caso; è ovvio che anche con esso possano aversi insuccessi, come accade sempre per ogni mezzo terapeutico. Con il miglioramento dei vaccini, che ora sono soggetti a molte variazioni, gli effetti saranno più sicuri. *fil.*

**La sepsi tonsillare.**

In una rivista sulla questione, T. De Bajkay (*Valsalva*, aprile 1934) osserva che, poichè la sepsi generalizzata consecutiva a flogosi tonsillare, pur non essendo frequente, è a prognosi gravissima e l'esito letale può scongiurarsi soltanto con un intervento opportuno e tempestivo, è necessario conoscere il quadro della forma morbosa, per essere pronti ad una diagnosi precisa e precoce. Per questa, l'A. dà indicazioni, trattando la sepsi acuta e quella cronica. L'intervento non può essere che chirurgico e non deve prescindere mai dall'asportazione della tonsilla infetta. Riporta un caso in cui la morte si dovette a rifiuto da parte della paziente a sottoporsi all'operazione proposta. *fil.*

**La tonsillectomia a caldo.**

G. Bilancioni (*Valsalva*, agosto 1934) ricorda che gli insegnamenti classici mettono sull'avviso che il toccare una tonsilla infiammata può esporre alle più varie complicazioni. L'A., però, durante la guerra, avendo avuto occasione di osservare numerosi casi anche gravi di flemmoni laterali del collo dovuti a raccolte peritonsillari profonde, si accinse un po' trepidante all'esportazione della tonsilla infiammata, che faceva da tampone ostruente alla raccolta di pus cervicale. Con la fuoriuscita del pus e *con i'abbondante escissione del tessuto tonsillare infiammato*, il quadro cambiava in poche ore ed il malato poteva nutrirsi dopo giorni di digiuno e di grave disfagia. il successo avuto nei primi casi lo incoraggiò ottenendo sempre buoni risultati, osservazione ribadita anche da allievi dello stesso prof. Bilancioni.

In recenti pubblicazioni, pure segnalandosi qua e là qualche incidente, si mette in rilievo l'utilità dell'intervento senza ricordare sempre il nome dell'ideatore del metodo, che si viene sempre affermando. *fil.*

## SEMEIOTICA.

**Una manovra per esaltare in particolari casi il riflesso patellare.**

V. Saggese (*Riv. di Clin. Pediatrica*, ottobre 1934) un anno fa comunicava alla Società Medico-Chirurgica di Pisa un caso di grave paralisi postdifterica, nel quale era possibile mettere in evidenza, in maniera netta e precisa, il riflesso patellare mediante una particolare manovra, senza della quale non era affatto possibile provocare minimamente il riflesso stesso. La manovra consisteva in una compressione ai lati del laringe o della parte alta della trachea, nel mentre contemporaneamente si cercava di provocare il riflesso rotuleo.

La spiegazione del fenomeno parve all'A. doversi ricercare nel fatto che i numerosi riflessi, che venivano a determinarsi con la compressione del collo, dovessero interferire sull'arco diastaltico del riflesso rotuleo, parzialmente bloccato dalla intossicazione difterica, creando una interruzione della corrente inibitrice centrale encefalica e forse esercitando at-

traverso le vie di associazione del midollo spinale, un'azione dinamogena indiretta.

L'A., estendendo le indagini, ha potuto constatare che il metodo è utile nei bambini piccoli normali quando il riflesso rotuleo è debole e che nei bambini più grandi normali per mettere in evidenza il riflesso rotuleo, debole per soverchia inibizione centrale, la manovra compressiva al collo è più sicura delle altre manovre o di particolari stimoli sensoriali (visivi o auditivi).

Nei bambini malati la manovra è utile in quei casi in cui si può pensare che il riflesso sia frenato per influenze centrali o che sia indebolito o abolito per alterazione delle vie dell'arco diastaltico.

A praticare la prova completa occorrono due persone: mentre il paziente decombe supino, con la testa allo stesso livello del corpo o leggermente deflessa, uno, secondo le regole classiche, tenta di provocare il riflesso rotuleo, l'altro, stando a destra del paziente, comprime con l'indice e il pollice della mano destra ai lati del laringe o della parte alta della trachea, cercando di stringere andando in profondità. La manovra deve essere rapida e deve durare pochi istanti. A volte è necessario praticare una compressione forte, fino a determinare una modica congestione del volto e la tosse. A volte la compressione può essere lievissima, ma basta che si determini la tosse perchè la prova sia positiva lo stesso, nei casi positivi.

C. TOSCANO.

## POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. B. P. di M., abb. 9737:

*Domanda*. Se l'uso del glicerofosfato di calcio è dannoso per gli arteriosclerotici.

*Risposta*. Dobbiamo considerare nel glicerofosfato di Ca l'anione glicerofosforico ed il catione calcio; possiamo subito escludere che l'anione possa essere dannoso; quanto al catione calcio la questione merita di essere discussa.

In teoria il calcio dovrebbe essere controindicato nell'arteriosclerosi in quanto esiste in questa affezione una condizione organica per la quale qualsiasi fattore tendente ad aumentare la calcemia può indurre una deposizione di calcio sulle lesioni dei vasi e quindi aggravare lo stato arteriosclerotico.

In pratica una vera controindicazione dell'uso del calcio nell'arteriosclerosi è costituita dalla tendenza alla trombosi; il calcio tenderà in questi casi a provocare un aumento della coagulabilità, un ispessimento del sangue, che non potranno non essere dannosi: è noto infatti come nella minaccia di trombosi sia piuttosto indicato il citrato di sodio che tende a fissare il calcio ione (Sabbatani). A parte questa controindicazione, il calcio non è controindicato nell'arteriosclerosi; è noto come esso, associato alla diurctina, costituisca un buon medicamento dell'ipertensione anche sintomatica di arteriosclerosi. Esso è poi indicato negli stati di ipertonia in quanto facilita la disimbibizione delle fibrocellule dei vasi e riduce lo spasmo vascolare periferico (Kylin-Krauss).

Concludendo, salvo l'eccezione sopradetta, il glicerofosfato di calcio (devesi rilevare tuttavia che non è questa la forma migliore nella quale il calcio può agire), non è controindicato nell'arteriosclerosi in senso assoluto.

Nell'ipertensione il calcio trova migliore indicazione nelle forme legate ad alterazione funzionale del sistema vascolare, che in quelle dovute a lesione anatomica (arteriosclerotica) del sistema stesso.

M. MESSINI.

## VARIA

### Il problema della popolazione in India.

Il dott. John Megaw, il quale ha diretto il Servizio medico indiano ed ora presiede l'Ufficio medico indiano, ha tenuto una conferenza alla « East India Association » sul tema: « Sanità e popolazione in India ». Egli si è mostrato sovratutto preoccupato per l'aumento di popolazione, che in un decennio è stato di 10,6 %; se si continua di questo passo, nel 1944 l'India avrà superato 400 milioni di abitanti. Egli teme che le risorse del territorio non saranno più bastevoli e che ne verrà un danno alle condizioni di salute. Gl'individui e i popoli trovano automaticamente dei rimedi, infrenando le nascite, con mezzi rispondenti alla propria indole; non è dunque il caso di promuovere la propaganda a favore del celibato, del matrimonio ritardato o dei mezzi anticoncezionali. Ciò che importa, a suo avviso, è di combattere l'ignoranza e di far noti i mezzi già attuati in altri Paesi per fronteggiare analoghe situazioni.

(Le preoccupazioni del Megaw ci sembrano esagerate: se bene utilizzata, la terra può rendere ancora moltissimo e le industrie sono in grado di assumere uno sviluppo quasi indefinito: prima di giungere al limite di « saturazione » c'è posto per centinaia di milioni di abitanti, a condizione, tuttavia, di imprimere incremento alla produzione. È quanto oggi si pratica in Italia, a cura dell'attuale Governo).

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. B. ANTONGIOVANNI. *Sopra due casi familiari di pseudo-ermafroditismo femminile esterno.* — Tip. L. Proia, Roma, 1934.

*Atti Convegno regionale Rimini-Predappio.* — Stab. Poligr. riuniti, Bologna, 1934.

E. PONZI. *La fissazione del complemento per la diagnosi serologica della blenorragia femminile.* — L. Cappelli, Bologna, 1934.

L. FERRANNINI. *Lezione di chiusura dell'anno 1933-34.* — Soc. Ed. Libr., Milano, 1934.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Riviste mediche statali?

Il « Pensiero Sanitario », diretto dall'illustre prof. Pietro Capasso, nel numero del 30 novembre, sotto il titolo « *Sovietismo - Le Riviste mediche di Stato* », pubblica un articolo che riportiamo integralmente.

« Al recente Congresso della stampa medica Latina a Parigi uno dei relatori, R. De Blasio di Napoli, ha sostenuto:

1) che bisogna sopprimere le riviste a scarsa diffusione e quasi clandestine;

2) che bisogna sopprimere le riviste pubblicitarie gratuite;

3) che bisogna creare le Riviste mediche di Stato.

Per quanto riguarda il N. 1 delle richieste, l'idea della soppressione delle riviste a scarsa diffusione sarebbe ottima, ma è di difficile applicazione perchè portando esse il nome di qualche clinico autorevole in garenzia, specie per ottenere pubblicità *forzata* dalle case produttrici, queste riviste clandestine non mollano e attraverso il « garante » mettono in moto tutti gli appoggi per non morire.

Per quanto riguarda il N. 2, da tempo sosteniamo questa tesi. Ma si urta contro la balordaggine delle Case di prodotti le quali non vogliono farsi persuase che queste pseudo-riviste passano vergini e incontaminate al cestino.

Per quanto riguarda la richiesta della creazione di riviste mediche di Stato, poichè non verranno soppresse nè quelle clandestine nè quelle pubblicitarie, è evidente che attuando la proposta verrebbe ancor più a moltiplicarsi il numero delle Riviste: dunque, effetto contrario a quello che sarebbe nei propositi del relatore e di tanti altri.

Ma, in verità, questa idea dello Stato anche editore, non è di nostro gradimento. Se la scienza è scienza e non pappardella e infarcitura e non chilogramma di carta stampata, non ha punto bisogno del marchio statale. Se è invece pappardella, infarcitura, chilogramma di carta stampata, non sarà il marchio statale che la trasformerà in scienza.

A parte ciò, questa creazione di Riviste mediche di Stato ha un sapore eccessivamente Sovietico che non può incontrare il gusto comune, probabilmente neanche quello dei francesi malgrado i ripresi affetti con la Repubblica dei Sovieti.

Evidentemente debbono essere state su per giù le ragioni complessive da noi accennate su ogni numero delle richieste quelle che hanno spinto i proff. Mayer (Bruxelles), Etienne (Nancy), Canciulesco (Graiova) e Claoué (Parigi) ad opporsi a quelle che purtroppo rimarranno « idee » del De Blasio.

Noi opiniamo che scartando il peregrinismo Sovietivo delle Riviste di Stato, basterebbe sopprimere le pseudo riviste pubblicitarie e la pubblicità medica sui quotidiani per risolvere la crisi della stampa medica ».

# CONCORSI.

**POSTI VACANTI.**

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti LL. PP.* — A tutto il 31 gennaio è aperto concorso per esami e per titoli, a tre posti di medico-chirurgo aggiunto, retribuiti con annue L. 4200, decurtate del 12 % e al lordo di R. M., con partecipazione al riparto delle tasse di ammissione e di operazione corrisposte dai ricoverati in classe « paganti privati ». La carica è temporanea ed ha la durata di 3 anni senza diritto di riconferma. La nomina non diverrà definitiva se non a seguito di conferma da parte del Consiglio di Amministrazione dopo un anno di prova. Docum. a tre mesi dall'1 dic.; tassa L. 50. Alloggio e vitto. Chiedere annunzio alla Segreteria del Consiglio d'Amministrazione.

FANO (*Pesaro*). — *Congregazione di Carità.* — Concorso per titoli, al posto di medico primario del Civico Ospedale *S. Croce.* Stipendio L. 7200. Servizio attivo L. 610. Caro-viveri come per gli altri impiegati dell'Ente. Compartecipazioni. Il tutto al lordo delle ritenute di legge. Scadenza 5 febbraio 1935-XIII.

FERRARA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 9 genn.; direttore del Consorzio e del Dispensario del Capoluogo; L. 26.400 lorde e 2 quinquenni del decimo, indennità di trasferte e diarie; età limite 40 anni al 10 novembre; due anni di laurea; competenza specifica. Rivolgersi alla Segreteria.

MILANO. *Cassa Edile per le Assicurazioni Sociali. Istituto Sanitario « Alessandro Mussolini ».* — È aperto il concorso pubblico, per titoli, al posto di Direttore Sanitario dell'Istituto « Alessandro Mussolini » e dei Servizi Sanitari della Cassa, con le attribuzioni specificate nel Regolamento per il Personale addetto ai servizi sanitari della Cassa stessa. Le istanze di ammissione al concorso, con la indicazione del domicilio, stese in carta da bollo da L. 3 dovranno pervenire all'Amministrazione della Cassa (via S. Luca 6, Milano) entro le ore 18 del 31 dicembre 1934-XIII, corredate dai documenti, in competente bollo e debitamente legalizzati. Il posto è retribuito con l'annuo stipendio di L. 30.000 al lordo di R. M. Al Direttore, trascorso il periodo di prova, potrà essere assegnato l'alloggio in luogo, alle condizioni da stabilirsi, per una maggior vigilanza diurna e notturna sull'andamento di tutti i servizi. È consentito al Direttore Sanitario l'esercizio professionale, compatibilmente però con le mansioni che il Direttore deve disimpegnare presso le Istituzioni della Cassa. Al Direttore viene accordato un mese di vacanza annuale. Chiedere copia dell'annunzio.

SIENA. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni.* — È aperto il concorso a due posti di medico di Sezione nell'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò, con l'annuo stipendio di L. 12.000 aumentabile di un decimo per cinque quadrienni; indennità tempor. per caro-viveri; ritenute e decurtazioni. Scadenza ore 12 del 29 dicembre. Rivolgersi alla

Segreteria della Società (via Roma 41). Età limite 35 anni. Docum. non anteriori al 28 nov. Chiedere annunzio.

SIRACUSA. *Ospedale Umberto I.* — Scad. 20 febb. Chirurgo Direttore; L. 16.000 al netto delle riduzioni e suscettibile di quattro aumenti quadriennali del decimo. Compartecipazione. Trattenute di legge. Età massima al 15 novembre, anni 40, s. e. l. Laurea e diploma di abilitazione da almeno cinque anni dal 15 novembre. Servizio in Ospedale di almeno 40 letti per non meno di cinque anni, se nella qualità di aiuto o di assistente; per non meno di tre anni, se nella qualità di primario; ovvero libera docenza in patologia o clinica chirurgica. Tassa L. 50. Rivolgersi alla Congregazione di Carità.

TREVISO BRESCIANO (*Brescia*). *Sanatorio Infantile « Benito Mussolini » ed Istituti Affini di Valledrane* (Ente Morale). — È aperto concorso per titoli ed eventualmente per esami al posto di medico direttore; stip. L. 24.000 e 6 bienni decimo, oltre L. 8000 serv. att. e compartecipaz. (è garentito un minimo di L. 4000 e non può superarsi il massimo di L. 8000); è vietato il libero esercizio ma concessa la consulenza. Età limite 45 anni; tassa L. 50,50; documenti a 3 mesi dal 15 nov. Per le altre condizioni chiedere copia del bando. Scad. ore 16 del 28 febbr.

VENEZIA. *Ospedali Civili.* — Scad. 16 febb. Concorso per titoli ed eventualmente per esami al posto di Primario Direttore della Sezione malattie infettive in Isola S. Maria delle Grazie; stipendio L. 6000; disag. resid. e trasferta L. 4000; età massima anni 40 s. e. l. Otto anni di laurea e non meno di tre di servizio effettivo quale aiuto in un Ospedale importante od assistente in una Clinica medica, oltre un biennio di servizio effettivo in Sezione Ospedaliera di malattie infettive di riconosciuta importanza. Rivolgersi alla Segreteria degli Ospedali Civili.

*N. B. - Lo scarso numero di concorsi è in rapporto con le disposizioni del nuovo T. U. Leggi Sanitarie.*

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

In seguito a concorso, la Facoltà medica di Messina ha chiamato, ad unanimità, alla direzione della Clinica dermosifilopatica, il prof. Mario Monacelli, già aiuto alla Clinica dermosifilopatica di Roma.

I nostri rallegramenti cordiali all'insigne clinico e studioso, nostro apprezzato collaboratore.

Il prof. Francesco Saverio Latteri, di patologia chirurgica a Cagliari, è chiamato a Modena; il prof. Francesco Putzu, di patologia chirurgica a Sassari, è chiamato a Cagliari.

Il prof. Giovanni Masnata, direttore dell'Ospedale Civile di Stradella, rinomato chirurgo, sansepolcrista, è nominato grande ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia per meriti professionali e fascisti. Gli esprimiamo il nostro compiacimento.

Al prof. Egisto Curti, direttore dell'Ospedale di Narni, è stata offerta una medaglia d'oro dalla cittadinanza, quale attestazione di riconoscenza e di attaccamento per il lungo servizio da lui coscienziosamente prestato. Rallegramenti ed auguri.

Il dott. Richard Wagner è nominato professore ordinario di fisiologia a Breslavia, quale successore di Winterstein, ora a Istambul.

Alla Clinica medica di Amburgo, quale successore del prof. Rudolph Brauer, è stato chiamato il prof. Nonnenbruch di Praga, il quale ha declinato l'invito; la scelta è poi caduta sul prof. Erich Grafe, di Würzburg, il quale ha pure rifiutato.

Il prof. Walter von Brunn, medico scolastico municipale a Rostock, è stato chiamato, quale ordinario, alla cattedra di storia della medicina di Lipsia, al posto del prof. H. E. Sigerist, assunto nell'Università Johns Hopkins di Baltimora.

Il prof. Fritz Specht, straordinario di oto-rino-laringologia a Kiel, è chiamato come ordinario a Erlangen.

Il prof. Curt Sonneschein, straordinario d'igiene tropicale ad Amburgo, è chiamato all'Istituto centrale d'igiene di Angora (Turchia).

Il prof. Friedrich Christoph Geller, straordinario a Breslavia, è chiamato alla cattedra di ginecologia e ostetricia dell'Università Sun-Yat-Sen di Canton (Cina).

Il dott. Walter Dieter, docente privato di oftalmologia a Kiel, è chiamato come ordinario a Breslavia.

## NOTIZIE DIVERSE.

**Nuovo centro ospedaliero a Roma.**

In una intervista concessa alla « Tribuna », il sen. Cremonesi, presidente della Croce Rossa Italiana, ha illustrato l'iniziativa dell'istituzione in Roma di un moderno centro ospedaliero.

L'iniziativa mira a creare un centro medico-chirurgico molto efficiente ed attrezzato per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni perchè essi possano curarsi senza dover andare incontro a spese che spesso mettono in difficoltà, con l'impiegato, anche tutto il nucleo della sua famiglia. Andare incontro a tale categoria, il cui reddito è definito acutamente « sbarrato », è uno dei tanti modi di andare incontro al popolo.

L'intervistato ha precisato che il nuovo centro sorgerà accanto alla nuova scuola-convitto infermiere che la Croce Rossa Italiana istituirà per affrancarsi dall'onere di fitto dei locali ove ora ha sede la scuola stessa, come pure in quanto ne deriverà unità di servizi, il che significa maggiore efficacia.

Dopo aver detto che presso il centro presteranno servizio le infermiere della scuola-convitto, delle quali ha esaltato il valore, il sen. Cremonesi ha ricordato l'opera di queste infermiere professionali della Croce Rossa presso le operanti istituzioni del Regime e nel campo della lotta antitubercolare.

A proposito di tale lotta l'intervistato ha riaffermato di voler portare sempre più avanti l'efficienza qualitativa e quantitativa delle infermiere della C. R. I., rilevando che la nuova scuola provvederà anche a questo.

Il nuovo centro medico-chirurgico, che in caso di guerra è immediatamente e agevolmente trasformabile in ospedale per malati e feriti di guerra, dovrà essere capace di cento letti per la medicina ed altrettanti per la chirurgia. I locali sotterranei saranno costruiti in modo da poter essere adibiti a ricoveri di protezione antiaerea ed antigas.

**Il dispensario " Regina Elena ,, di Roma.**

Tra le opere che il Governatorato di Roma inaugurò il 28 ottobre, è la nuova sede del Dispensario antitubercolare « Regina Elena » al piazzale degli Eroi; esso sostituisce quello già esistente alla Mole Adriana, che si è dovuto demolire per i lavori di isolamento della Mole stessa. Notoriamente è diretto, con competenza ed impegno, dal prof. Angelo Signorelli.

Il nuovo edifizio è costruito ad asse di simmetria che divide il settore maschile da quello femminile; in comune sono alcuni ambienti, come l'atrio, la sala di radiologia e lo schedario. La linea architettonica è semplice ed agile; gli ambienti sono confortevoli e luminosi; l'attrezzatura è di primo ordine. L'area coperta, di 750 mq., è circondata da un ampio giardino, che comunica con la futura colonia elioterapica diurna.

Questa sorgerà indipendentemente dal dispensario; sarà a due piani ed avrà una capacità di 60 bambini.

**Un nuovo sanatorio antitubercolare.**

Il 3 corr., alla presenza dell'on. Bottai, è stato inaugurato il sanatorio antitubercolare di Cipressa (Imperia), con 265 letti, fatto costruire dall'Istituto di previdenza sociale, presso il mare, poco discosto da un'altra vasta costruzione inaugurata oltre un anno fa e dove si pratica l'elioterapia. Il nuovo sanatorio farà parte d'un intero villaggio, perchè si porrà mano subito alla costruzione di due colonie post-sanitarie. Il fabbricato è stato realizzato sopra una superficie di 3800 metri quadrati e ha un volume complessivo di 65.000 metri cubi.

**In onore dei tisiologi stranieri convenuti a Roma.**

Per invito dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale ha avuto luogo un pranzo in onore delle personalità mediche che sono convenute a Roma per assistere all'inaugurazione dell'Istituto e Ospedale sanatoriale « Benito Mussolini ».

Il pranzo si è svolto fra la più viva cordialità. Era autorevolmente rappresentata la scienza medica straniera e del nostro Paese. Erano presenti i migliori tisiologi di cinque nazioni: Francia, Germania, Austria, Belgio e Svizzera.

Indichiamo i nomi degli stranieri intervenuti: prof. Bezançon di Parigi, segretario generale dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi; prof. Delille di Parigi; prof. Courmont di Lione; prof. Leclerq e signora di Lilla; dott. Rist di Parigi; dott. Ameuille di Parigi; dott. Weill-Hallé di Parigi; dott. Gutt di Berlino, in rappresentanza del suo Governo; prof. Sauerbruch, prof. Lange e prof.sa Rabinowich, tutti di Berlino; prof. Neumann di Vienna; dott. Derscheid e signora di Bruxelles; prof. Burand di Losanna.

Alla fine del pranzo, il prof. Medolaghi ha porto agli intervenuti un vibrante saluto da parte dell'Istituto invitante, scusando l'assenza dell'on. Bottai, che nella giornata recatosi ad inaugurare un nuovo sanatorio a Imperia, il quale si aggiunge così agli altri che l'Istituto della Previdenza Sociale ha portato a compimento.

Hanno parlato poi il prof. Bezançon in nome dei suoi colleghi; il prof. Sauerbruch per i medici tedeschi, e il prof. Burand in rappresentanza, come egli ha detto, degli Stati minori. Tutti i discorsi sono risultati un'espressione sincera di ammirazione per la grandiosità e modernità delle opere compiute dal Regime, in tutti i campi dell'assistenza ai lavoratori.

I rappresentanti esteri, che hanno anche visitato Littoria e Sabaudia, hanno dichiarato che i Paesi stranieri trovano ora nell'Italia un esempio da imitare, non solo nella lotta contro la tubercolosi, ma anche nelle altre opere di progresso sociale dovute alla genialità e alla potente volontà creatrice del Duce.

**Per i sanitari francesi caduti in guerra.**

Si è costituito in Francia un Comitato, presieduto dal generale medico ispettore Rouget, ed ha indirizzato un appello al Paese, per l'erezione di un monumento di riconoscenza ai sanitari uccisi o morti per ferite durante la grande guerra. Si tratta, in cifre tonde, di 1600 medici e farmacisti, 150 ufficiali d'amministrazione, 140 dentisti, 70 elemosinieri di tutte le confessioni (capellani cattolici, pastori protestanti ecc.), parecchie migliaia di militi e infermieri, nonchè di ufficiali e di uomini di truppa addetti al servizio sanitario. Il monumento sorgerà a Lione, sede della Scuola del Servizio di sanità militare.

Tesoriere del comitato è il sig. Deffins (pharmacien lieutenant-colonel de réserve, faubourg Poissonnière 40, Paris Xe, Francia).

**La tassazione dei medici francesi.**

La professione medica francese è riuscita recentemente ad ottenere uno sgravio fiscale; ma, in compenso, dovrà subire dei controlli molesti.

Secondo una legge che risale al 1880, per la valutazione della ricchezza mobile imponibile ai medici si teneva conto dell'introito netto, cioè si faceva deduzione delle spese inerenti alla professione (alloggio grande più dell'indispensabile, mezzi di trasporto ecc.); la tassazione però era alta. Di più i medici dovevano corrispondere una tassa di focatico elevata, del 25 % sul valore d'affitto della casa; nonchè una tassa detta di patente (diritto d'esercizio professionale), che ammontava al 40 % di tale valore. Se il medico aveva uno o più gabinetti di consultazione fuori dell'alloggio, per ognuno di essi doveva corrispondere una tassa di patente. Risultato: quasi tutti i medici avevano in casa il gabinetto di consultazione, adattato alla meglio.

Ora l'imposta di patente è stata resa proporzionale al valore locativo dei soli ambienti destinati all'esercizio professionale, il che equivale ad uno sgravio sensibile. Ma si è reso rigorosissimo, in compenso, l'accertamento degli introiti netti; all'uopo, i medici devono registrare tutti gl'introiti appena realizzati, in un quaderno a pagine numerate, ostensibile in qualunque momento all'agente delle tasse. Per rispettare il segreto professionale, si è concesso che i nomi dei clienti vengano indicati da iniziali.

**Azione giudiziaria insueta.**

Uno strano processo si è svolto negli Stati Uniti, intentato dal chirurgo F. H. Albee — di fama internazionale — contro la Società Medica della Contea di New York. I « Comitia minora » di questa Società, adunatisi il 3 gennaio 1934, avevano inflitto ad Albee la sospensione dalla Società stessa per un anno, a partire dall'8 gennaio successivo; l'assemblea generale della Società, adunatasi il 9 maggio, aveva approvato il provvedimento disciplinare e l'Ufficio dei Censori lo aveva sanzionato.

Albee era accusato d'infrazione al codice di etica professionale, in quanto si era prestato ad una pubblicità indecorosa, fatta da una grande società di trasporti, la « Seaboard Air Line Railway »; e ciò, allo scopo di ottenere che questa intensificasse i servizi per la città di Venezia nella Florida, ove Albee ha organizzato un importante Centro medico.

È così che il di lui ritratto figurava su annunzi pubblicitari e che il di lui nome era perfino impresso sulla lista delle vivande servite ai passeggeri.

L'azione giudiziaria è giunta alla Corte suprema, la quale ha assolto, in pieno, il reputatissimo chirurgo.

È risultato, nella maniera più lampante, che la pubblicità era stata eseguita a di lui insaputa e che, appena resone edotto, egli si era affrettato a deplorarla ed a farla sopprimere.

**Un po' dovunque.**

L'assemblea generale della Società delle Nazioni, adunatasi a Ginevra dal 10 al 27 settembre, ha, tra l'altro, preso in esame la complessa opera svolta dall'Organizzaione d'Igiene, e l'ha approvata incondizionatamente.

Il 9 dicembre si è tenuta a Parigi l'assemblea generale dell'« Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre », alla sede sociale (rue du Faubourg Saint-Honoré, 85-bis).

La Società Tedesca di Pediatria si è adunata dal 14 al 16 settembre, a Braunnschweig; ha solennizzato il suo 50° anno di fondazione. Furono in discussione cinque temi.

Sotto la presidenza del prof. Guido Piccinino, il 5 gennaio, alle ore 9, nell'aula delle Cliniche neuropatologica e dermosifilopatica di Napoli, avrà luogo il XX Raduno del gruppo centro-meridionale ed insulare della Società Italiana di Radiologia medica.

La seduta scientifica sarà preceduta dalla commemorazione del prof. Pasquale Tandoja, con la partecipazione ufficiale della S. I. R. M.

Sul tema fissato, « Irradiazione profilattica postoperativa della mammella », riferirà il prof. D'Istria. Possono intervenire anche i medici non soci che si interessino alla branca.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 16 e il 23 novembre, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. F. Robba. Furono fatte comunicazioni da L. Lovisato, A. Duca, G. Battigelli, N. Freund, G. Robba, M. Ravalico.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 6 novembre, sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. V. Gallina. Furono fatte comunicazioni da: G. Dellepiane, A. Inglina, G. Sechi, C. A. Luzzatti, A. Petterino Patriarda, G. F. Capuani.

La stampa politica mondiale si è occupata con interesse e con simpatia della inaugurazione dell'Ospedale sanatoriale « Benito Mussolini ». Il « Times », in una corrispondenza da Roma, dopo aver rilevato che il nuovo istituto è il più grande del mondo per la cura e lo studio della tubercolosi, sottolinea nel discorso dell'on. Bottai la dichiarazione che, perseguendo la sua lotta per la sanità della stirpe, il Regime Fascista per il 1937 completerà 58 sanatori.

Il « Times » e la « Morning Post » pubblicano fotografie del sanatorio e della cerimonia inaugurale.

L'on. prof. Edoardo Maragliano ha dedicato all'Istituto un articolo sul « Messaggero » (6 dicembre 1934), nel quale esso è definito un « centro mondiale di studi contro la tubercolosi ».

A Mugnano del Cardinale (Avellino) è stato inaugurato un modernissimo Preventorio antitubercolare, che il comm. Gaetano Rega-Niola ha fondato per perpetuare la memoria della figliola Maria, spentasi giovanissima.

Presso l'Ospedale di Casalmaggiore, a cura della Congregazione di Carità, è stato eretto e recentemente inaugurato un nuovo padiglione per tubercolotici, il quale comprende 5 reparti, di cui uno d'isolamento; sono capaci di 14 letti ciascuno.

La commissione esaminatrice del progetto per l'ampliamento del Policlinico di Perugia ha ter-

minato i suoi lavori. Ha prescelto il progetto contraddistinto con il motto Monteluce e presentato dagli ingegneri Cucchia, Betti, Calderoni, Giuliani, prof. Cinti, al quale è stato assegnato il primo premio (di lire trentamila).

Il 1° novembre si è aperto in Roma, presso il Centro di Osservazione per minorenni abbandonati, traviati e delinquenti dell'O. N. P. M. I., un Consultorio di Medicina pedagogica emendativa per minorenni discoli, traviati ed indisciplinati in genere che, per il loro particolare comportamento antisociale, si presentano come dei predisposti al delitto.

Tale Consultorio ha lo scopo di praticare, su detti minorenni, con la massima tempestività, le cure medico-pedagogiche necessarie alla loro rieducazione fisica-psichica, e di poter quindi rafforzare notevolmente l'efficacia degli importanti provvedimenti presi dal Governo Fascista per la profilassi e terapia della delinquenza minorile.

Direttore del Consultorio è il prof. B. Di Tullio, commissario medico del Centro di Osservazione e professore di Antropologia criminale nella R. Università di Roma.

È stato lanciato in Inghilterra un appello per ricostruire l'Ospedale per bambini malati di Londra; il progetto prevede una spesa di 400.000 sterline (24 milioni di lire it. al cambio attuale).

Si è iniziata a Leningrado la costruzione di un Istituto roentgen-radium-oncologico, il quale sarà capace di 300 letti.

È stato inaugurato con solennità a Parigi il Collegio spagnolo della Città universitaria; è capace di circa 150 posti.

Dal 17 al 19 novembre è stato solennizzato il centenario dell'Università libera di Bruxelles.

La giornata della madre e del fanciullo sarà celebrata, per la seconda volta, il 24 dicembre. La presidenza dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia ha già diramato le necessarie disposizioni.

L'Opera di Assistenza Materna della Repubblica austriaca ha tenuto una riunione a Vienna; il tema dell'assistenza alla madre e al bambino venne trattato dal Capo dello Stato, Presidente Federale Milkas, e dal cardinale Iunitzer. Il borgomastro di Vienna deplorò la decadenza demografica della città.

Venne anche inaugurata la prima Stazione di soccorso alla madre.

Come direttrice dell'Opera è stata nominata la signora Wolfrins, la quale di recente è stata in Italia a studiare l'organizzazione dell'O. N. M. I.

La Lega nazionale belga contro il cancro, in occasione del suo 10° anniversario, ha organizzato un ciclo di conferenze, da parte di personalità internazionali eminenti. La prima conferenza fu tenuta il 22 novembre, al Palazzo delle Accademie di Bruxelles, dal prof. Deelman dell'Università di Amsterdam; vi assistevano la Regina, l'ambasciatore dell'Olanda e il ministro dell'interno.

Il 15° Salone per opere artistiche di sanitari (medici, dentisti, farmacisti e veterinari) sarà aperto dal 27 gennaio al 3 febbraio a Parigi, in una Galleria di Belle Arti (Faubourg Saint-Honoré 140). Quest'anno vi sarà una Sezione di arte fotografica. Rivolgersi al segretario, P. B. Malet, rue Lecourbe 46, Paris XVe.

Il bilancio statale della Czecoslovacchia per il 1935, al capitolo delle stazioni idrologiche, prevede un deficit di milioni 3-4 di corone (in cifra tonda), pur avendo limitato al minimo i nuovi impianti.

Il gr. uff. prof. Prassitele Piccinini ha offerto L. 100.000 alla Reale Accademia d'Italia per una spedizione scientifica organizzata dall'accademico Giuseppe Tucci.

A Ginevra si è istituito un centro medico per gli esami prenuziali, presso il dispensario di Eaux-Vives.

La Croce Rossa Giapponese dispone di 30 ospedali, di cui uno per provincia e un Ospedale Centrale costruito nel 1886 a Tochìo, in un vasto terreno della Casa Imperiale e ingrandito più volte: esso funziona da centro d'insegnamento e vi si forma il personale più scelto della Croce Rossa Giapponese.

Un gruppo di allievi, colleghi ed amici del prof. Harvey Cushing, ha deliberato di offrirgli un'attestazione di omaggio, consistente in un altorilievo in bronzo. A titolo di *memento*, si potrà ottenere la riproduzione del rilievo in un medaglione. Il medaglione originale è stato acquistato dal Museo di Belle Arti di Boston. L'esecuzione è stata affidata allo scultore Paul Adrian Brodeur.

Il Cushing insegnò a lungo chirurgia alla Scuola Medica dell'Università Harward a Boston; ora insegna neurologia alla Scuola Medica dell'Università Yale a New Haven.

In occasione del ritiro del prof. Jean-Louis Faure dall'insegnamento, un gruppo di allievi e di amici ha offerto all'illustre clinico, una medaglia d'oro, con la sua effigie, opera dello scultore Pillet. La cerimonia si è svolta il 18 novembre, all'Ospedale Broca, nell'anfiteatro della Clinica ginecologica, ove, nel 1919, Faure succedette a Pozzi. Parlarono Siredey, vice-presidente dell'Accademia di Medicina, il decano della Facoltà Medica Roussy ed altri; rispose molto commosso il Faure.

L'11 novembre compì 75 anni il dott. E. Ritsert, scopritore del primo anestetico locale sintetico, l'anestesina; ne derivò l'incentivo alla scoperta di numerosi altri sostituti della cocaina, come la novocaina, tutti eteri dell'acido para-amidobenzoico.

Il Collegio nazionale medico di Cuba ha compilato una scala di sanzioni per le infrazioni al codice deontologico, allo statuto ed al regolamento. Esse sono in numero di otto: ammonimento verbale o scritto, senza notificazione; id., con notificazione; biasimo pubblico; ammenda, da 5 a 10 pesos; id., da 25 a 400 pesos; isolamento professionale, temporaneo o permanente; espulsione dal collegio e sospensione del diritto di esercitare la professione a Cuba per 60 giorni; espulsione dal collegio e divieto definitivo del diritto di esercitare a Cuba.

L'Università romena di Czernowitz, prossima alla frontiera polacca, fin'ora è stata frequentata da molti studenti polacchi; ma ora in Polonia una legge ha stabilito che la proporzione delle lauree conseguite dai polacchi all'Estero e riconosciute non debba superare il 10 % del totale (attualmente in Polonia si laureano 300 medici incirca all'anno). La nuova legge prescrive che gli stranieri, per essere autorizzati ad esercitare la medicina in Polonia, devono attendere 3 anni scolastici e superare tutti gli esami in università polacche. Inoltre gli stranieri possono chiedere di aver riconosciuto il titolo solo dopo 10 anni, e quelli laureati a partire dal 1936 solo dopo 20 anni. Si pensa che queste restrizioni porteranno, praticamente, ad escludere del tutto i medici stranieri.

Probabilmente misure di ritorsione consimili verranno adottate dagli altri Stati, di fronte ai polacchi.

È stata arrestata in Francia una donna che accumulava ricchezze vendendo pillole miracolose per quasi tutte le malattie; l'esame periziale ha dimostrato che esse erano costituite da farina di ceci, con una verniciatura argentata.

Il Tribunale di Leeds (Inghilterra) ha condannato a morte una madre che per pietà ha ucciso il proprio figlio idiota, dopo averlo amorevolmente assistito per quaranta anni. Dovendo sottostare ad una grave operazione e temendo di non superarla, ella non aveva voluto abbandonare il figlio a se stesso. Il giudice e i giurati piangevano durante la lettura della sentenza; ma la legge è inesorabile. I giurati hanno firmato un'istanza perchè la pena sia commutata.

Negli uffici di segreteria dell'Università di Napoli si è prodotto un incendio, presto domato col concorso dei vigili del fuoco. Molti documenti sono andati distrutti, ma potranno essere ricostituiti.

Il 14 ottobre in Ravenna, a 75 anni di età, è morto il dott. VITTORIO CHIUSOLI, già aiuto del Murri, poi per molti anni medico primario e direttore dell'Ospedale di quella città.

Mente lucida, dottissimo, con vasta e salda cultura anche nelle scienze fisiche e naturali, godè meritatamente di una grande riputazione come medico. Nel 1931 il Silvagni, commemorando Dagnini davanti alla S. M. e C. di Bologna, ricordò Chiusoli con queste parole: « uno dei medici più « colti e più studiosi che io abbia conosciuto e « che avrebbe potuto tenere con onore una Cattedra di Fisica Medica ».

Per il suo valore e per la rettitudine e gentilezza d'animo la sua fine ha destato il più sincero compianto e la sua memoria rimarrà carissima in quanti lo conobbero.

B. N.

È morto a Berlino, l'8 novembre, in età di 57 anni, il prof. MAX TAUTE, il cui nome è legato agli studi sulle tripanosomiasi nell'Africa orientale. Alcuni studiosi affermavano che il nagana del bestiame, prodotto dal *Trypanosoma brucei* e trasmesso dalle glossine (mosche tsè-tsè), era comunicabile all'uomo, in cui avrebbe dato la malattia del sonno. Il Taute, che era di opposto parere, decise di compiere un'auto-esperienza, facendosi mordere ripetutamente dalle glossine: mentre gli animali di controllo ammalavano e morivano, egli rimase indenne. In seguito a questa esperienza vennero eseguite nuove ricerche e la lotta contro la malattia del sonno potè avere un orientamento definito.

Il 4 novembre è morto, in età di 69 anni, il prof. MARTIN KAHN, che fu a lungo direttore dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Berlino.

## Indice alfabetico per materie.





C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLI — Roma, 24 Dicembre 1934 - XIII — Num. 51

# "IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

## SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

## SOMMARIO.



## LAVORI ORIGINALI

CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI FIRENZE.
Direttore: Prof. D. TADDEI.

### Valore della puntura esplorativa ad esito negativo nelle appendiciti suppurative.

Dott. DANTE TASSI, assistente.

La puntura esplorativa ad esito negativo negli ammalati di appendicite suppurativa può determinare la remissione completa di alcuni sintomi di questa grave affezione addominale come chiaramente dimostrano le seguenti osservazioni del Prof. Taddei da me seguite nella Clinica chirurgica di Pisa.

OSSERVAZIONE I. — Giuntoli Argia, a. 28, coniugata, entra in Clinica il 14-I-30.

Prima crisi dolorosa addominale nel giugno 1929 caratterizzata da violenti dolori localizzati al quadrante inferiore D. che ben presto si diffusero a tutto l'addome per restare poi fissi, nel giro di poche ore, al punto di inizio con nausea, vomito (alimentare, biliare) e lieve rialzo termico. Questa sintomatologia ebbe circa 36 ore di durata. Alla fine di ottobre dopo disordine dietetico, seconda crisi dolorosa al quadrante inferiore D. dell'addome con vomito alimentare e febbre a 38° per due giorni.

Altre due coliche con la stessa sintomatologia delle precedenti si sono ripetute alla distanza di circa un mese l'una dall'altra per una durata di circa 24 ore.

Il 14 gennaio, due ore dopo il pasto delle 12, nuovo attacco doloroso al quadrante inferiore D. dell'addome che in seguito si è diffuso a tutto l'ambito per restare infine localizzato al punto di origine con vomito alimentare e biliare.

Durante tutte le crisi dolorose l'urina si è sempre mantenuta limpida e la minzione mai è riuscita dolorosa.

L'alvo è sempre stato regolare, mai ha notato traccie di sangue o catarro nelle feci, nè diarrea. Le coliche non hanno mai coinciso col periodo mestruale.

Ultima mestruazione il 27-XII-29. Ultima scarica alvina normale il 13-I-30.

Esame delle orine asetticamente estratte, che hanno odore fortemente ammoniacale e colorito giallo-scuro; albumina, glucosio e pigmenti biliari assenti. Al sedimento: qualche rara cellula di sfaldamento vescicale; rarissimi globuli bianchi; numerosi urati amorfi.

Esame obiettivo: donna in buone condizioni generali; polso 90, temperatura 37,3.

Niente agli apparati circolatorio e respiratorio. Addome: lievemente meteorico; dolentissima e contratta la fossa iliaca D. dove esiste leggero ede-

ma; la percussione dà netto suono timpanico su tutti i quadranti. Alvo modicamente aperto ai gas, chiuso alle feci.

Douglas libero e indolente.

14-I-1930: Dieta idrica; borsa ghiaccio.

15-1-1930: Leucociti 10.200; polso 88; orine 350 cc. (fig. 1).

17-I-1930: Per il persistere dell'alta temperatura la dolorabilità e l'edema accentuatissimo nella fossa iliaca destra si praticano alcune punture esplorative in sede di maggior dolore che riescono negative. Si rimanda l'intervento.

Polso al mattino 84; orine 400 cc.

La temperatura che prima della puntura endoaddominale era 38,4, tre ore dopo segnava 37,2 con polso di 76; sei ore dopo 37,1, nove ore dopo 36,2.

18-I-1930: Apirettica; localmente si nota una forte diminuzione del dolore, e della contrazione muscolare. Polso 72, orine 600 cc.

19-I-1930: Leucocitosi 7400. Scomparso l'edema

Sutura a tre strati della parete addominale secondo la tecnica della scuola.

Diagnosi operatoria: Empiema dell'appendice con grave periappendicite.

Decorso regolarissimo. Esce guarita il 28-11-1930 dopo 13 giorni dall'intervento.

OSSERVAZIONE II. — Cristiani Firmino, a. 22, celibe, meccanico. Entra in Clinica il 18-I-1931.

Il 17, verso le ore 4 antimeridiane si svegliò accusando un dolore dapprima lieve che dall'epigastrio si diffuse a tutto l'addome, localizzandosi poi violento nel quadrante inferiore D. L'ultimo pasto era stato abbondantissimo. Venne applicato impacco freddo sull'addome e praticato un clistere che diede esito a una scarica normale seguita dopo poco da più violenti dolori addominali accompagnati da vomito biliare, per cui viene portato d'urgenza in Clinica.

Già ricoverato per una ventina di giorni nel febbraio 1930 in Clinica Medica per una crisi do-

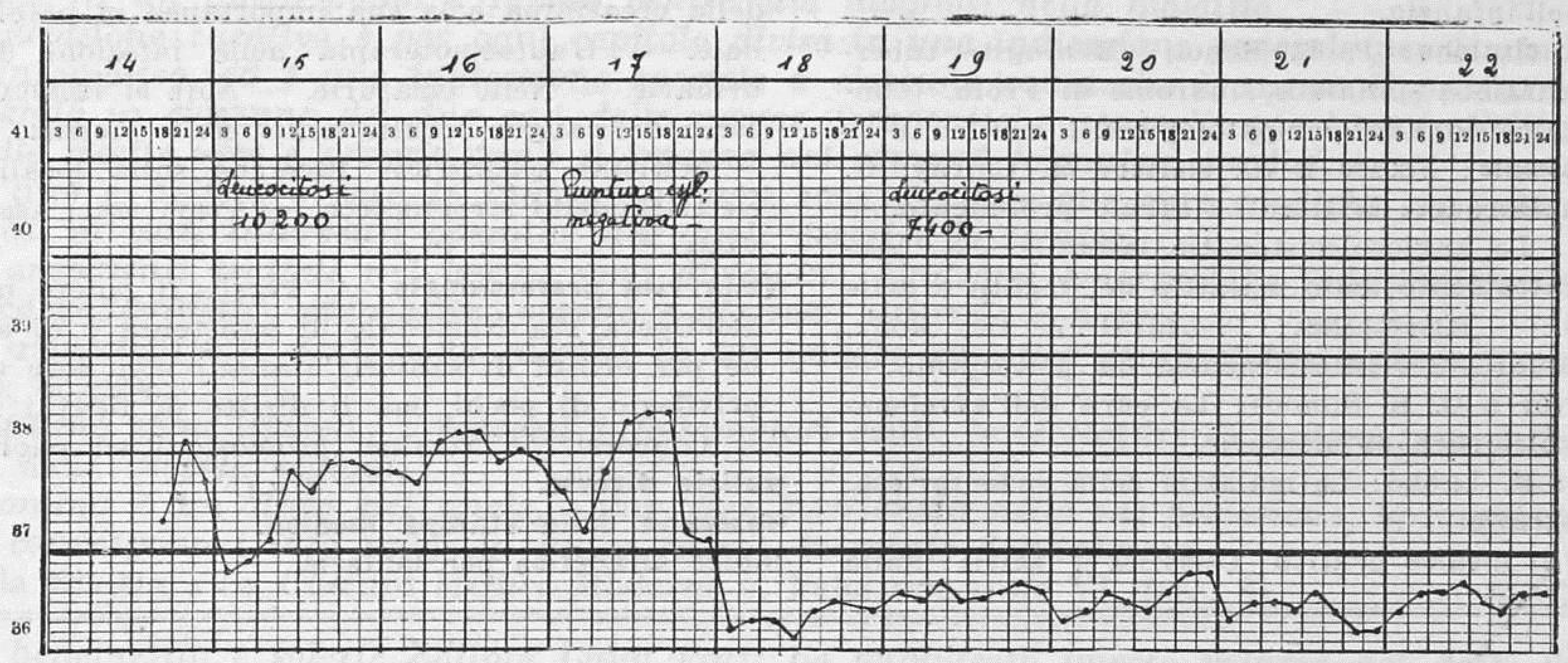



FIG. 1.

e la contrazione muscolare residua dolore ancora vivo alla pressione; polso 74; orine 1000.

14-II-1930: Vigilia dell'intervento; leucocitosi 600; dal 17-I-1930 è sempre stata apirettica. Esiste modico dolore alla pressione profonda della fossa iliaca D.

15-II-1930: Operazione (prof. Taddei). Morfieteronarcosi gr. 100 m' 35.

Laparotomia paraintrarettale. Si trova una appendice grossa come un dito indice, ripiegata su sè stessa a decorso ascendente anteriore con larga aderenza del tenue alla parete inferiore ed esterna del cieco. Abbastanza laborioso riesce l'isolamento dell'appendice che si lacera alla più piccola pressione. L'aderenza della base con il cieco è così intima che qui deve essere esistito un ascesso, per cui difficile riesce l'isolamento del moncone dell'appendice e del suo sbocco nel cieco. Appendicectomia. Affondamento del moncone a borsa di tabacco. Per ottenere la peritoneizzazione è necessario incollare il tenue alla faccia inferiore del cieco. Una briglia partente dal mesocolon strozza lo sbocco del tenue nel cieco; incidendo questa briglia, si sezionano anche alcuni vasi venosi ciecali, sicchè da un lato si forma un ematoma grande come una noce e dall'altro si determina nella bozza terminale interna del cieco una lieve colorazione cianotica da stasi.

lorosa che, iniziatasi alla regione epigastrica si era diffusa a tutto l'addome per localizzarsi infine al quadrante inferiore D. con febbre (38°) e vomito. Crisi insorta anche allora dopo un disordine dietetico.

Alvo piuttosto stitico. Mai diarrea nè catarro o sangue nelle feci. Minzione sempre normale. Nega lue od altre malattie veneree.

Esame urine: Giallo chiare. Limpide. Acide. Densità 1018. Albumina, glucosio, pigmenti biliari: assenti.

Al sedimento: Qualche rarissimo globulo bianco.

Esame obiettivo: Giovane pallido. Muscoli ben sviluppati. Scheletro regolare. Polso 92. Temperatura 37,6.

Nulla al capo, collo e torace.

Addome: Fortemente contratto e dolente. Edema in corrispondenza del quadrante inferiore D. dove impossibili riescono delicati tentativi di palpazione per il dolore che il malato lamenta. Alvo chiuso ai gas. Negativa l'esplorazione rettale. Leucocitosi 14.000.

Dieta idrica. Borsa di ghiaccio. Morfina.

19-I-1931: Polso 80 al mattino, 94 alle sera. Temperatura Mx. verso le ore 18, 37,9. Non vomito. Orine cc. 600. Nella F. I. D. si apprezza una tumefazione del volume circa di un mandarino. Edema evidentissimo.

20-I-1931: Polso al mattino 92, alla sera 88. Temperatura Mx. verso le 15: 37,4. Orine 1,100 cc. Addome invariato. Alvo aperto ai gas.

21-I-1931: Polso 100 al mattina, 88 alla sera. Temperatura Mx. verso le 12 con 39 e vomito. Orine 1,200 cc.

22-I-1931: Polso 80 e 72 con temperatura Mx. di 38,1 verso le 18. Orine 1.000 cc. Leucocitosi 21.000. Alvo modicamente aperto ai gas. L'esame rettale conferma la esistenza di una massa in sede iliaca D.

23-I-1931: Si pratica la puntura esplorativa che riesce negativa e la temperatura che prima era 38,6 si porta 12 ore dopo a 37,1.

Polso, al mattino 70, alla sera 80. Orine cc. 1.700 (fig. 2).

24-I-1931: Apirettico. Polso 60 e 56, orine 1.600 cc. Migliorato lo stato generale, addome trattabile, dolentissimo il quadrante inferiore destro, fortemente diminuito l'edema e la tumefazione in sede iliaca. Alvo aperto ai gas.

mucoso, aderentissima al cieco, alla faccia destra del mesentere ed alla parete dell'ultima ansa del tenue. Laborioso riesce il distacco. Durante le manovre, l'appendice lascia uscire una piccola quantità di liquido mucoso che viene immediatamente assorbito dalle compresse isolanti. Appendicectomia. Affondamento del moncone cecale in una sutura a borsa di tabacco seguita da una seconda sutura siero-sierosa in catgut; si affonda in una sutura perpendicolare all'asse longitudinale un tratto di superficie non solo speritoneizzata, ma interessante anche gli strati superficiali della muscolare dell'ultima ansa del tenue a circa 8-10 cm. dalla valvola ileo-cecale. La superficie speritoneizzata della faccia D. del mesentere e dell'ultima ansa del tenue è talmente grande che non è possibile peritoneizzare senza angolare l'intestino; si preferisce perciò applicare un piccolo drenaggio di garza. Si excide infine un cordone fibroso, il quale termina con un rigonfiamento ovoide partente dalla fossa iliaca con il suo estremo ingrossata

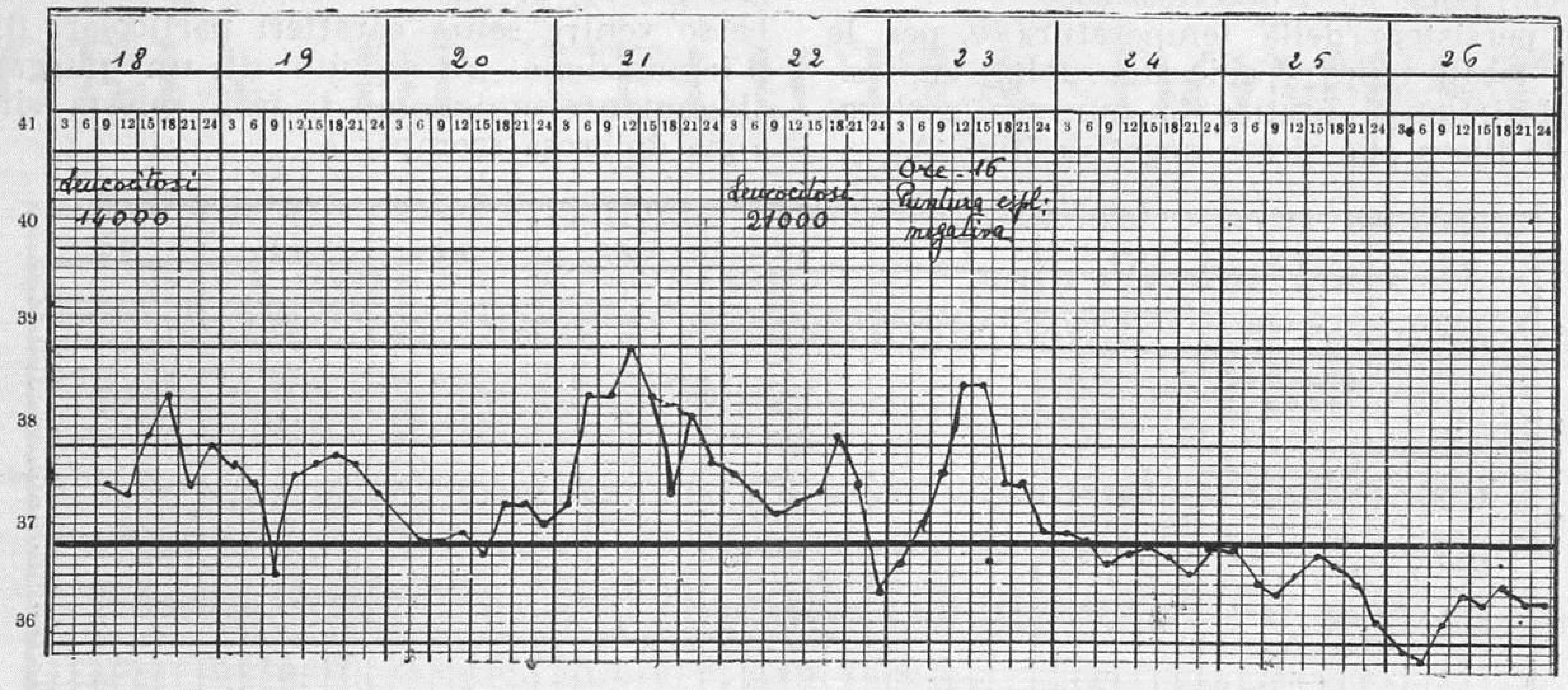



FIG. 2.

25-I-1931: Apirettico. Scomparso l'edema iliaco, diminuito il dolore, ridotta la tumefazione del quadrante inferiore D. Polso 74. Orine 1400 cc.

26-I-1931: Apirettico. Leucocitosi 12.000. Leggera dolorabilità alla F. I. D.

Sempre apirettico fino al giorno dell'intervento praticato il 3 marzo. L'esame del sangue praticato i giorni 4 e 27 febbraio ha dato rispettivamente 9.000 e 8.000 globuli bianchi. Il dolore in sede iliaca con periodi di remissione è sempre rimasto piuttosto vivace. Alla palpazione si apprezza una tumefazione della grossezza di una noce circa.

3-III-1931: Operazione prof. Taddei), morfieteronarcosi gr. 150 m' 40.

Incisione paraextrarettale dall'ombelicale a due dita sotto la bisiliaca. Inciso il peritoneo si trova che il blocco corrispendente all'appendice e al cieco è aderente al peritoneo parietale dove esiste un residuo di ascesso sotto forma di una massa grande come una nocciola di colorito giallo-poltaceo. Si escide insieme, aderente al cieco e all'appendice, un tratto di peritoneo infiltrato parietale grande come una moneta da una lira. Si seziona un tratto di omento aderente al blocco e si incappuccia il moncone colico. Si trova un'appendice enormemente grossa distesa da liquido

aderente ad una ansa del tenue. Sutura dell'addome.

Diagnosi operatoria. Appendicite con postumi di peritonite (idrope appendicolare).

L'appendice è più grossa di un indice ed è lunga cm. 11.

Esce, dopo un regolare decorso, il 28-III-1931 per proseguire le ultime medicazioni ambulatorie, dopo 25 giorni dall'intervento.

OSSERVAZIONE III. — Nicoletti Aldo, di a. 19, meccanico, celibe; entra in Clinica il 23-VI-1931.

Il giorno 19 scorso, verso le ore 19, fu colpito da dolori diffusi a tutto l'ambito addominale che, lievi inizialmente, divennero durante la notte fortissimi. Non vomito. Alvo aperto spontaneamente, con feci di consistenza molto dura. Al mattino successivo i dolori violenti erano immutati, però circoscritti al solo quadrante addominale inferiore D. con irradiazioni all'inguine e alla radice della coscia destra.

Consultato un sanitario, prescrisse dieta liquida e applicazioni calde sulla parte dolente che però non attenuarono il dolore.

Alvo sempre e spontaneamente aperto. Oscillazioni termiche su 37,5-38; però nella nottata d'ieri (21 giugno) con temperatura di 38,9, l'infermo ha

presentato nausea e voglia di vomitare senza esito. In queste condizioni viene ricoverato.

Mai presentato coliche addominali e nessun'altra malattia degna di nota. Ultima scarica alvina liquida il 21.

Esame orine: gialle; leggermente torbide; Acide; P. S. 1020; albumina, glucosio e pigmenti biliari assenti. Al sedimento: rari globuli bianchi sparsi; qualche cellula di sfaldamento vescicale.

Esame obiettivo: giovane in discrete condizioni generali; colorito pallido; muscoli esili, tonici; scheletro regolare; polso 100; temperatura 38°.

Nulla al capo, collo e torace.

Addome: lieve edema in corrispondenza del quadrante addominale D. inferiore dove dolorissima riesce la palpazione anche superficiale. Esame del retto negativo.

Dieta idrica; borsa di ghiaccio; morfina.

22-VI-1931: Temperatura massima 38,5; orine 500 cc.; alvo aperto ai gas.

23-VI-1931: Temperatura massima 38,1 alle 12; orine 600 cc.; polso 96; leucocitosi 9000.

Dato il persistere della temperatura e per le condizioni locali (edema spiccato, dolore vivissimo, tumefazione) si pratica la puntura esplorativa in sede iliaca che riesce negativa (fig. 3).

ad *u* aderente specialmente nel suo terzo distale, dove esistono i residui di un ascesso sotto forma di una massa giallo-ocra, pastosa, raccolta in una cavità tappezzata di tessuto di granulazione. Nell'estirpare questo focolaio, si determina una piccola lesione parietale del cieco che si sutura con un punto in seta non perforante. Seconda sutura siero-muscolare. Cambio guanti e strumenti.

Appendicectomia; sutura a borsa di tabacco; seconda sutura siero-sierosa che affonda anche la sutura sopradescritta; sutura del peritoneo a zig-zag; sutura a tre strati della parete addominale.

Diagnosi operatoria: Appendicite e periappendicite non completamente raffreddata (residui di ascesso).

Decorso regolarissimo. Esce completamente guarito l'1-VIII-1931, dopo 17 giorni dall'intervento.

OSSERVAZIONE IV. — Mei Aldo, a. 18, scultore, celibe, da Pisa. Entra in Clinica il 12-I-1931.

Circa tre anni or sono (1929) ebbe un periodo (2-3 giorni) di vaghe sensazioni dolorose diffuse al basso ventre senza caratteri particolari di sede e d'irradiazione. A seguito di un purgante con abbondante emissione di feci, questa sintomatologia dolorosa scomparve.

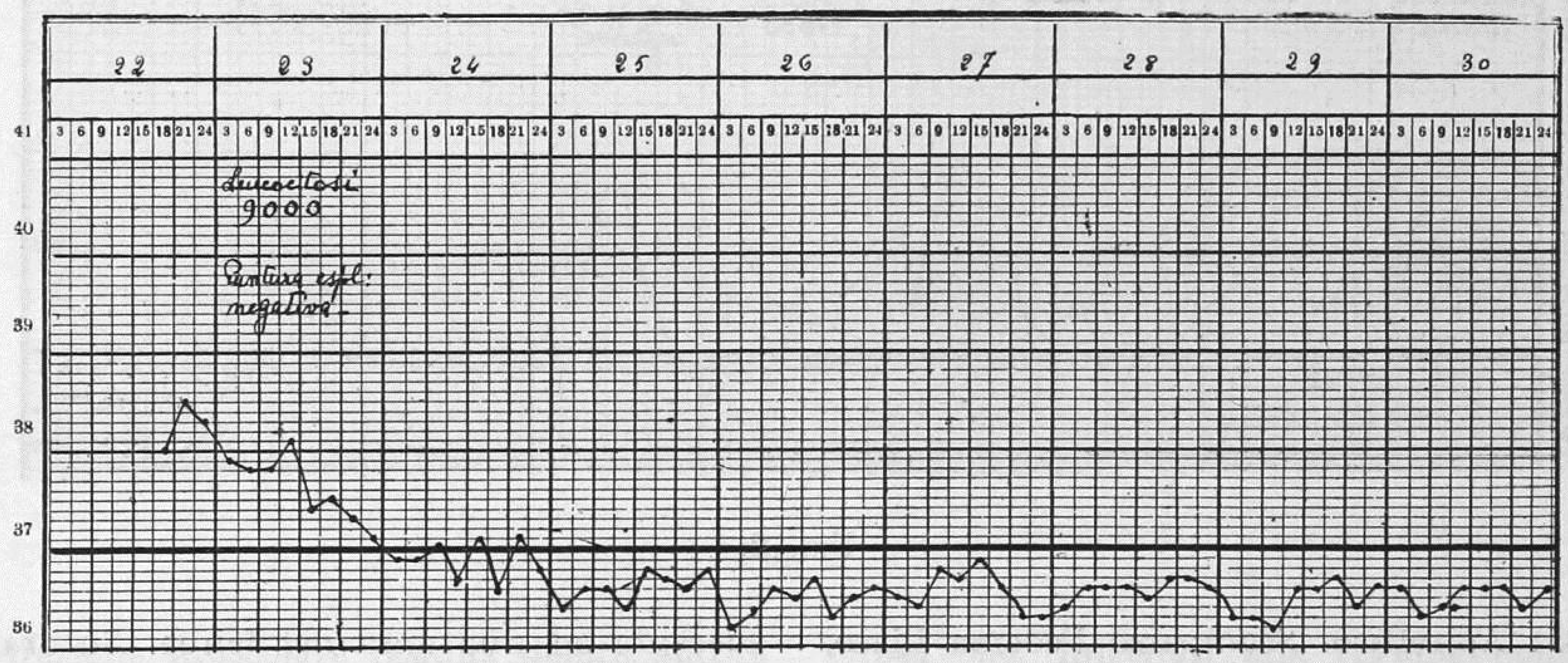



FIG. 3.

La temperatura che prima della puntura era 37,5, 3 ore dopo è scesa a 37,3; sei ore dopo 37,1; nove e dodici ore dopo 36,9.

24-VI-1931: Polso 68; orine 1000; due lievissimi accenni febbrili alle ore 15 e 21 con 37,1. Localmente è quasi scomparso l'edema e diminuita la contrazione muscolare; persiste dolore.

25-VI-1931: Apirettico; polso 60 e 64; orine 900; non esiste edema; però la palpazione suscita lieve dolore.

Apirettico fino al giorno dell'intervento. I leucociti contati i giorni 1-VII e 12-VII hanno dato rispettivamente i seguenti valori: 10.000 e 7800. Scomparso il dolore, al quadrante inferiore D., nulla si avverte, sia alla palpazione che dal retto.

16-VII-1931: Operazione (prof. Taddei). Morfieteronarcosi gr. 120 m' 40.

Incisione paraextrarettale dall'ombelicale a un dito sotto la bisiliaca. Si trova notevole ptosi del colon trasverso, non membrane pericoliche, nè fissità dell'angolo epatico. Si escide fra due legature una aderenza dell'omento al focolaio infiammatorio. Incappucciamento alla Taddei dei monconi. Appendice lunga, grossa, ritorta su sè stessa

Lunedì 11 gennaio, verso le 24, e a seguito di pasto abbondantissimo, il p. fu preso da dolori a tipo trafittivo e fissi nella loro sede d'insorgenza: F. I. D. Non ebbe vomito nè curò il rilievo di rialzi termici dei quali dice di averne avuto l'impressione per le sensazioni di caldo avvertite. Detta sintomatologia con brevi periodi di relativa remissione perdurò fino al mattino successivo. Gli fu somministrato un purgante oleoso con scarso beneficio dell'alvo; in seguito a questo, il dolore che frattanto si era attenuato, riprese violento, accompagnato da vomito di liquido biancastro e febbre alta (39°) preceduta da intensi brividi di freddo. Il dolore, dopo circa due ore, diminuì d'intensità. Mai singhiozzo. Alvo aperto ai gas.

Si ricovera in clinica; alvo regolare; minzione sempre normale; ultima scarica alvina il giorno 11.

Esame orine: Gialle; limpide; acide; albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti. Nulla di patologico al sedimento.

Giovane in buone condizioni. Temperatura 38; polso 100.

Nulla al capo, collo e torace.

Addome: Contratto e dolente alla palpazione,

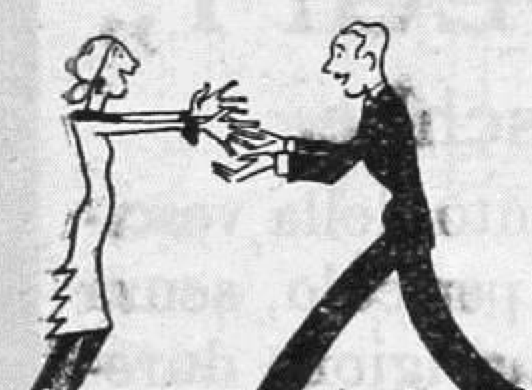
*FAVOLE GASTRONOMICHE*



# STORIA DI FELICITÀ DOMESTICA

Lei era una moglie criticona e nervosa, lui un marito brontolone ed irascibile. Dissero loro che "tutto era una questione di regime". Se l'uomo è adeguatamente nutrito, sarà con tutta probabilità affabile ed ottimista.

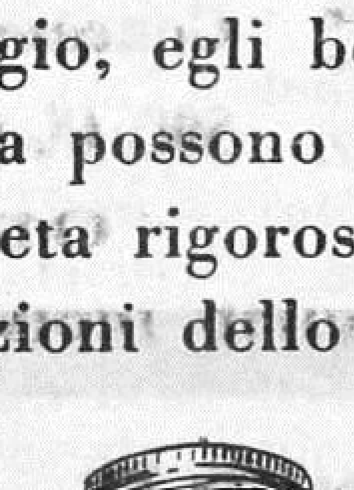
Così egli iniziò una cura di tre mesi, alternando a digiuni una dieta a base di carote, insalata, pappe di granoturco e d'avena, e molto latte. Ella pure si concesse un riposo di tre mesi ed una dieta di creme, miele e uva passa.



Terminati i tre mesi si riunirono; lui più affabile e meno furioso, lei più docile ed angelica.
Quando l'antico regime minacciò nuovamente di turbare la loro felicità domestica, il medico raccomandò un rimedio meno drastico e prescrisse il CAL-BIS-MA.

Da medico veramente saggio, egli ben sapeva che disturbi dovuti ad iperacidità gastrica possono turbare il più amabile stato d'animo. Invece di una dieta rigorosa, il rimedio razionale è la regolarizzazione delle funzioni dello stomaco.

**Il Cal-Bis-Ma è una combinazione di carbonati di calcio e magnesio, bicarbonato di sodio, bismuto e caolino colloidale, mescolati in una polvere gradevole al gusto. Esplica un'azione neutralizzante, pronta, efficace**




**e duratura nei casi di iperacidità gastrica. Dietro richiesta saremo lieti di dare schiarimenti sui pregi terapeutici del Cal-Bis-Ma e di inviare un campione ai professionisti. Scriveteci!**

## *NELL'IPERACIDITÀ GASTRICA* — CAL-BIS-MA

WILLIAM R. WARNER & CO., Inc., NEW YORK

Deposito per l'Italia: "A. ANGIOLINI & C. - S. A." - MILANO (5/43) - Via G. Balzaretti, 11

specie nel quadrante D. inferiore, dove esiste evidente edema. La percussione dà suono timpanico ovunque. L'aia di ottusità epatica, però, è benissimo conservata. L'esplorazione rettale che riesce negativa, è dolorosa.

Dieta idrica; ghiaccio; morfina.

13-I-1932: Polso 98. Temperatura mass. 39 alle sei; leucocitosi 12.600; alvo aperto ai gas; edema in corrispondenza della F. I. D.; dolore violentissimo.

14-I-1932: Temperatura mass. 38,6 alle 9. Polso 96; orine 800 cc.

15-I-1932: Temperatura mass. 38-1 alle 15. Si ritiene d'intervenire, ma per la negatività della puntura esplorativa, l'ammalato viene ricondotto a letto. Alle 18 temperatura di 37,2; alle 21, 37, con 74 di polso, 36,8 alle 24 (fig. 4).

16-I-1932: Rialzo termico di 37,2 alle 6; orine 1000; polso 68.

Apirettico fino al giorno dell'operazione.

23-I-1932: Leucocitosi 11.000; addome trattabile in tutti i quadranti. In quello inferiore D. si palpa una massa dolente, del volume di un piccolo mandarino.

1-II-1932: Vigilia dell'intervento; leucocitosi

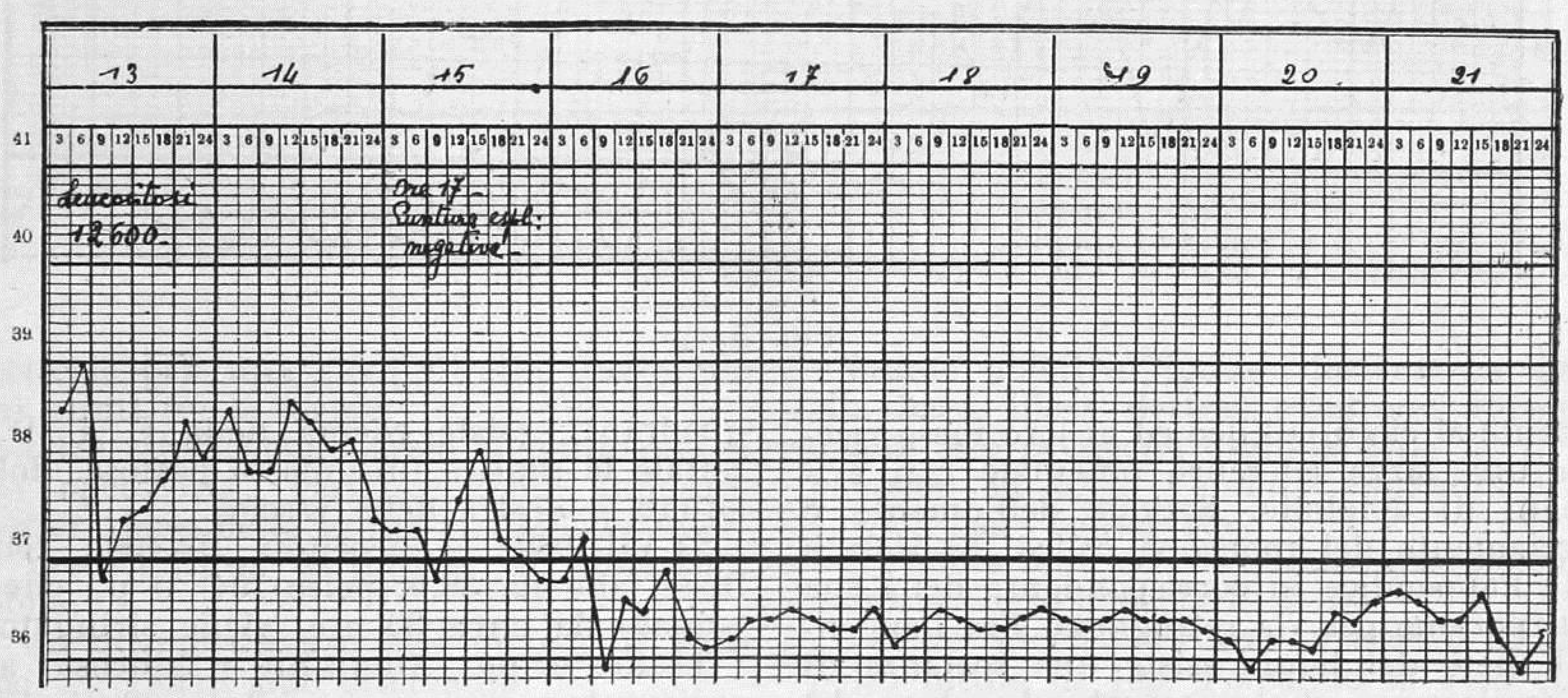



FIG. 4.

8400. Nella F. I. D. niente si apprezza colla palpazione che suscita leggero dolore.

2-II-1932: Operazione (prof. Taddei). Eteronarcosi gr. 130, m' 25.

Laparotomia paraextrarettale da due dita sotto l'ombelico a uno sotto la bisiliaca lunga 6-7 cm. Si trova un cieco mobile, che si estrinseca facilmente e un'appendice completamente aderente al cieco a decorso ascendente in mezzo a essudati recenti e piccole quantità di pus. Essa è ingrossata e iperimica, di questa forma ∽ friabilissima nella sua parte distale sicchè la presa la rompe facilissimamente; appendicectomia; sutura a borsa di tabacco; seconda sutura peritoneizzante incompleta per l'applicazione di un piccolo drenaggio di garza. Esiste una membrana pericolica in parte a tipo congenito, in parte con note di flogosi. Non si ritiene opportuno di fare alcun trattamento. Sutura a tre strati della parete addominale.

Diagnosi operatoria: Appendicite in periodo intermediario (circa due settimane di apiressia).

Esce guarito il 29-II-1932, dopo 27 giorni dall'intervento.

OSSERVAZIONE V. — Boschi Enrico, a. 14; tappezziere, Pisa.

Entra in Clinica il 15-II-1932.

È stato degente in questa Clinica nel mese di dicembre scorso, ma poi, passato in turno medico, con diagnosi di enterite cronica con acutizzazioni intercorrenti. Nel reparto medico fu trattenuto per 15 giorni e curato con iniezioni ricostituenti e olio di paraffina a cucchiai la sera. Fu dimesso verso la fine di gennaio scorso. A casa stette bene fino alla notte del 14-II-1932 in cui fu svegliato nel sonno da violenti dolori a tutto l'addome che man mano si andarono circoscrivendo e localizzando al quadrante inferiore D. Ebbe stimolo alla defecazione con beneficio dell'alvo; al mattino vomito biliare. Viene ricoverato d'urgenza. È da notare che nel breve periodo di permanenza a casa, a seguito di purganti salini, ebbe dolori a tutto l'addome e questo per 2-3 volte, ogni volta cioè che gli veniva somministrato il purgante.

Nessuna malattia degna di nota; alvo generalmente stitico; minzione sempre regolare; ultima scarica alvina normale, ieri 14.

Esame orine: Giallo paglierine; limpide. Tracce di albumina; glucosio e pigmenti biliari assenti; al sedimento, numerosi cristalli uratici e qualche raro globulo bianco.

Esame obiettivo: Ragazzo in discrete condizioni; temperatura 38,5; polso 106.

Nulla a carico degli apparati circolatorio e respiratorio.

Addome: con pareti piuttosto contratte; la palpazione riesce dolorosa, specie al quadrante inferiore D., dove si apprezza una massa del volume di una mela posta sulla bisiliaca a due dita dalla S. I. A. S. con edema. La percussione in questa zona dà suono decisamente ottuso; negativo, ma doloroso il riscontro rettale.

Dieta idrica e borsa di ghiaccio.

16-II-1932: Temperatura mass. 39,3 alle 12; polso 100; orine 700; alvo aperto ai gas.

17-II-1932: Temperatura mass. 39,5 alle 15; polso 100; orine 800; alvo aperto ai gas; leucocitosi 12.700.

18-II-1932: Si pratica nella sede della massa che si avverte alla palpapizione e che è dolentissima la puntura esplorativa che riesce negativa; si rimanda l'intervento; la temperatura da 38,2 alle 9,

scende a 37,3 alle 12; 37,1 alle 15; 36,8 alle 18 (fig. 5).

19-II-1932: 37,1 alle 9 e alle 21; polso 78; orine 900 cc. Non v'è quasi più edema e la massa in sede iliaca è molto meno dolente.

Apirettico fino al giorno dell'operazione praticata il 4-III-1932. La massa, che si palpava al quadrante inferiore D., è andata man mano risolvendosi, tanto che oggi, in detta sede, non si apprezza assolutamente nulla. A forte pressione si provoca dolore al Mac-Burney.

4-III-1932: Operazione (prof. Taddei). Morfioeteronarcosi gr. 110, m' 20.

Incisione paraextrarettale dall'ombelicale a un dito sulla bisiliaca. Si trova una appendice ritorta

feci, non ai gas; alla sera nuovamente vomito; gli fu somministrato un purgante salino (magnesia). Durante la notte il dolore si fece più violento a carattere trafittivo localizzato alle F. I. D., accompagnato da vomito di liquido verdastro. Fatte applicazioni calde locali, ne ebbe modico beneficio. L'infermo, che non ha tenuto il purgante somministrato, non ha avuto beneficio dell'alvo, mentre questo si mantiene modicamente aperto ai gas; ha vomito; non singhiozzo.

Giovane in buonissime condizioni generali; muscoli ben sviluppati; scheletro regolare. Temperatura 38,6; polso 100.

Nulla al capo, collo e torace.

Addome: piano, contratto, dolente in tutti i

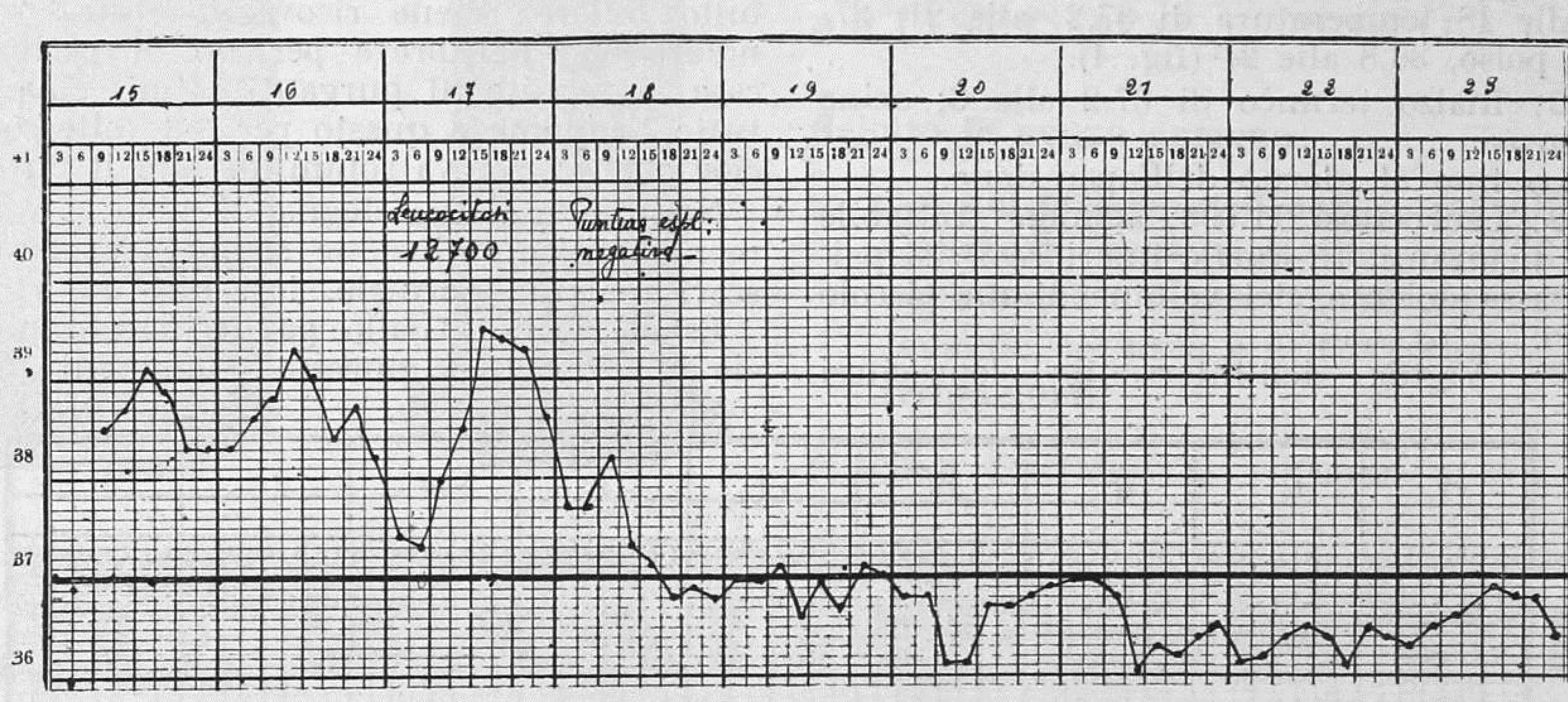



FIG. 5.

a C. aderente al cieco, all'ileo ed ai loro meso ricoperta da una larga aderenza omentale con evidenti segni di epiploite. Sezione dell'omento e incappucciamento del moncone colico. Si isola e si seziona l'appendice in corrispondenza della sua base. Estirpazione per via retrograda. Fra l'appendice e il meso del tenue esiste una sostanza di aspetto similcaseoso che si asporta. Legatura del moncone appendicolare; duplice sutura peritoneizzante avvicinando l'ultima ansa del tenue ed il suo meso al fondo del cieco. Cambio di guanti. Sutura a tre strati della parete addominale secondo la tecnica abituale.

Diagnosi operatoria: Appendicite e perriappendicite suppurativa non completamente raffreddata.

Esce di Clinica il 22-III-1932 completamente guarito dopo 18 giorni dall'intervento.

OSSERVAZIONE VI. — Gianessi Alvaro, a. 18, falegname, celibe, Bagni di Casciana. Entra in Clinica il 28-VII-1932.

Nel pomeriggio del giorno 26-VII-1932, l'infermo cominciò ad avvertire sensazioni dolorose a tipo crampiforme localizzate alla F. I. D. ed in sede periombelicale a momenti diffuse a tutto il basso ventre. Si accompagnò stimolo alla defecazione senza però poter ottenere evacuazione dell'alvo; messo in letto, il dolore scomparve. Il giorno successivo, però, la sintomatologia ricominciò nella sede riferita e con i caratteri già definiti, il dolore, non molto intenso, si accompagnò a vomito alimentare, e quindi di liquido verdastro; così per tutto il pomeriggio durante il quale fu constatato anche rialzo termico fino a 38; alvo chiuso alle

quadranti; esiste edema nella F. I. D. L'esame rettale fa sentire una massa pastosa, dolentissima situata a destra della vescica.

24-VII-1932: Leucocitosi 14.400; temperatura mass. alle 12, 38,9; polso 104. Il p., che non può orinare da circa 30 ore, viene siringato.

Esame orine: Albumina e glucosio assenti; al sedimento: numerose cellule vescicali; qualche globulo bianco e rosso ben conservato.

2-VIII-1932: Leucocitosi 14.000; temperatura 38,4, polso 94.

3-VIII-1932: La puntura esplorativa nella pararettale destra a un dito sopra il pube in corrispondenza della zona di ottusità e di dolore nella direzione retropubica dove si apprezza all'esplorazione rettale la massa grossa come un'arancia paraprevescicale D., riesce negativa. Si ritiene conveniente ritardare l'incisione.

Tre e sei ore dopo la puntura endoaddominale la temperatura segna 37,1 (fig. 6).

4-VIII-1932: Apirettico; meno evidente l'edema nella fossa iliaca D.; orine 1000; polso 80 e 76.

L'apiressia si mantiene fino al giorno dell'operazione. La leucocitosi praticata il 17-VIII, ha dato 9200. Nel quadrante inferiore D. dell'addome si percepisce con la palpazione una massa della grandezza di una noce che è lievemente dolente. L'esplorazione rettale conferma la presenza di questa tumefazione a posizione latero-vescicale D.

19-VIII-1932: Operazione (prof. Taddei). Eteronarcosi gr. 100, m' 30.

Laparotomia paraextrarettale dall'ombelicale a due dita sotto la bisiliaca. Si trova un'appendice completamente mascherata da aderenze a decorso discendente e lievemente esterno con la punta

fissa nella F. I. D. in mezzo ad essudati recenti e con piccole quantità di pus. Appendicectomia retrograda dopo aver riconosciuta ed isolata la base meno ammalata. Il moncone sezionato con il galvanocauterio viene affondato in una sutura siero-sierosa, quindi viene praticata una seconda sutura siero-sierosa, meno nel tratto dove aderiva l'appendice in cui si applica un drenaggio di garza. Una volta liberato il cieco dalle sue aderenze appendicolari insieme all'ultima ansa dell'ileo, il cieco si mostra mobile, sicchè si può estrinsecare fuori dal ventre per 15 cm.

Esiste una membrana pericolica ascendente a tipo congenito (secondo tipo, seconda varietà), però l'angolo epatico si spiega bene. Si riduce la mobilità ciecale con una cieco-plicatio trasversale con alcuni punti fra le taenie.

Sutura a tre strati della parete addominale.

Diagnosi operatoria: Periappendicite suppurativa da perforazione della punta in periodo intermediario precoce (due settimane di apiressia). Cieco mobile.

Dopo un ottimo decorso esce guarito il 2-IX-1932, dopo 14 giorni dall'intervento.

OSSERVAZIONE VII. — Pampana Varo, a. 21, sottufficiale, Riglione, celibe. Entra in Clinica il 9,XI-1933.

Nel marzo 1933 il p. fu assalito di sera da violenti dolori trafittivi e crampiformi localizzati al quadrante inferiore D. dell'addome con irradiazioni al quadrante inferiore S.; non ebbe vomito, nè conati di vomito; l'alvo si chiuse ai gas e alle feci; la temperatura, dapprima di poco superiore al normale, aumentò notevolmente il giorno successivo assieme alla sintomatologia dolorosa in seguito alla somministrazione di un purgante salino; l'alvo si mantenne chiuso e parecchi clisteri dettero risultati negativi. Ricoverato in un ospedale militare, non fu ritenuto opportuno di intervenire. La temperatura si portò fino a 39; dopo 5-6 giorni dall'attacco doloroso l'alvo si aprì spontaneamente ai gas e alle feci e dopo circa 20 giorni l'infermo era completamente ristabilito.

La sera del 20 ottobre il p. venne assalito da violenti dolori a carattere colico localizzati alla F. I. D.; non ebbe vomito nè conati di vomito; l'alvo si chiuse alle feci e ai gas; rialzo termico fino a 38. Il giorno successivo gli fu somministrato un leggero purgante salino, che dette beneficio con scariche normali. Dopo due giorni l'alvo si aprì spontaneamente ai gas e alle feci. La sintomatologia dolorosa scomparve dopo dieci giorni.

Il giorno 8 nov. il p. venne colpito per la terza volta da una violenta colica localizzata alla F.I.D. senza vomito; l'alvo si è chiuso alle feci e ai gas. Non gli è stato somministrato alcun purgante. Rialzo termico fino a 38,4.

Viene in Clinica.

Giovane in buone condizioni; temperatura 38,5; polso 97.

Dieta idrica; borsa di ghiaccio.

Esame delle orine: gialle, torbide, acide. Albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti. Al sedimento, qualche cellula epiteliale di sfaldamento delle ultime vie.

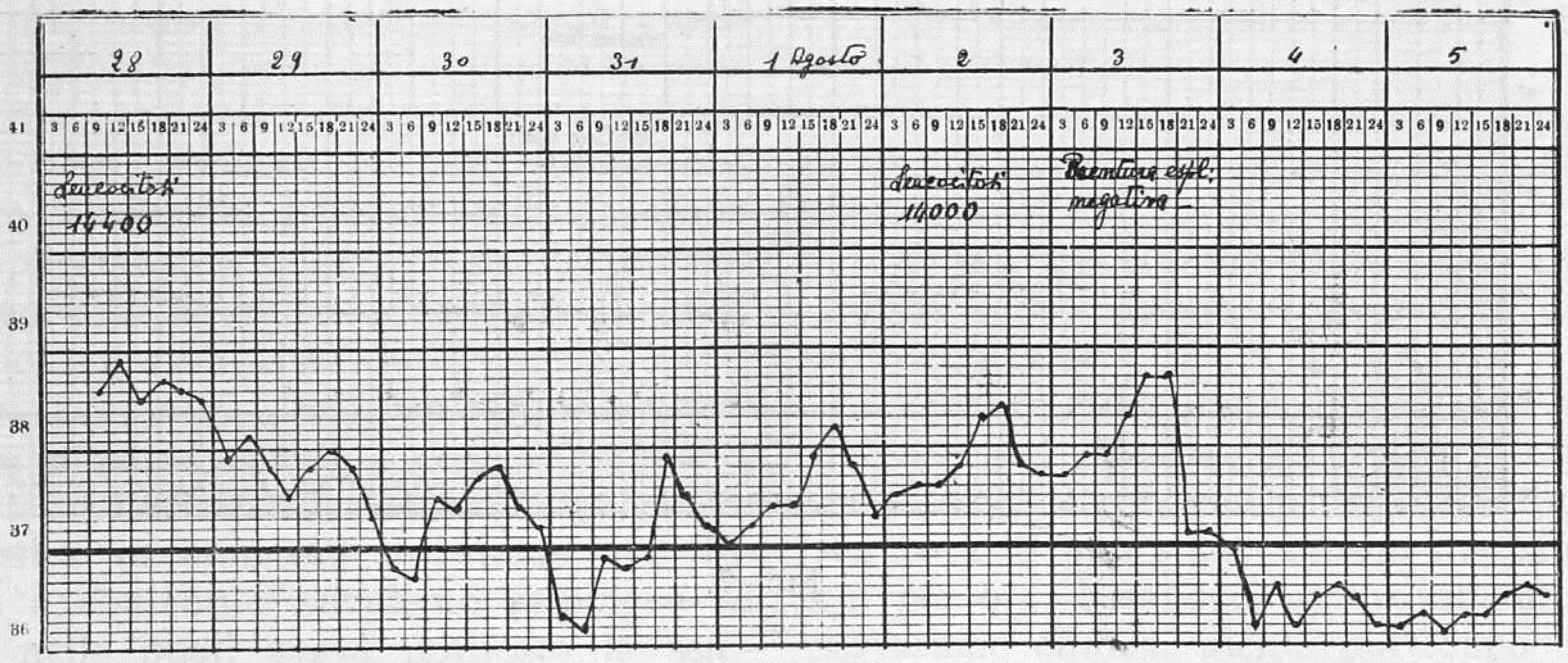



FIG. 6.

Esame obiettivo locale: Succulenza della cute alla fossa iliaca destra; piastrone appendicolare; dolore alla pressione digitale della F. I. D.; timpanismo su tutto l'ambito addominale; ottusità epatica bene conservata.

L'esplorazione rettale rivela una massa infiammatoria che occupa la F. I. D.

Febbre giornaliera con massimi di 38-38,5 e polso medio di 100. Palpando la F. I. D. si apprezza una tumefazione del volume di un piccolo cedro, dolentissima.

Leucocitosi praticata il 9-XI, 18,500 (fig. 7).

19-XI-1933: Edema e forte dolorabilità nella F. I. D. Leucocitosi 14.400. Le punture esplorative sulla pararettale D. del quadrante addominale inferiore nella sede della massa che si apprezza anche dal retto, danno esito negativo e la temperatura da 38,3 scende dopo sei ore a 36,7.

20-XI-1933: Apirettico; diminuito l'edema, resta vivo dolore alla palpazione; orine 1100; polso 72.

Apirettico fino al giorno dell'operazione che viene praticata il 4-XII. Esiste una piccola tumefazione rotondeggiante e lievemente dolente nella F. I. D.; leucocitosi 9000.

4-XII-1933 (prof. Taddei). Eteronarcosi gr. 90, m' 25.

Laparotomia paraextrarettale lunga 10 cm. Si trova un'appendice completamente sepolta da aderenze costituite dalle pareti laterale del tenue e mediale del cieco. L'angolo epatico del colon si spiega bene. Distaccate le aderenze progressivamente si riconosce l'appendice. Liberata la sua parte più vicina al cieco, passato per via ottusa uno strumento, si incide l'appendice col galvanocauterio; affondamento del moncone ciecale sotto

una borsa di tabacco. Appendicectomia retrograda. L'appendice a decorso discendente passa a cavallo dell'arteria iliaca e forse dell'uretere; si trova la punta affondata in una massa del volume di una nocciola, evidentemente residui di un ascesso, costituita da una poltiglia friabile di color giallo-ocra. Si affonda sotto una sutura a borsa di tabacco, sia questa parte speritoneizzata che la prima sutura a borsa di tabacco. Esistendo un grande cieco mobile ectasico, si pratica una plicatio inflettendo un tratto elittico corri-

In tutti i casi il riscontro operatorio ha confortato, trovando residui indubbi di ascesso, la espressione clinica che il malato presentava al momento in cui è stata praticata la ricerca del pus; ricerca che non è riuscita perchè l'ago non ha incontrato la o le raccolte ascessuali formatesi nello spessore della massa infiammatoria periappendicolare in rapporto forse alla loro piccolezza.

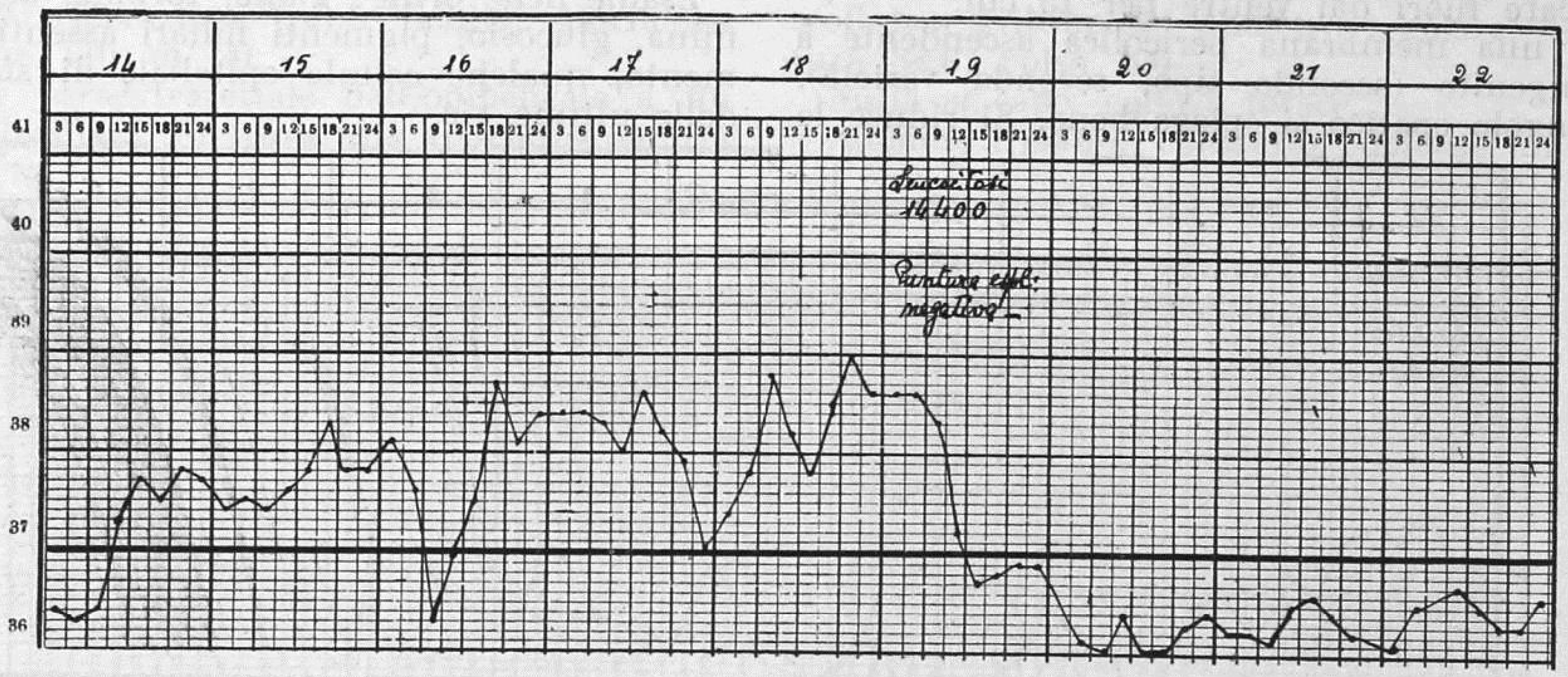



FIG. 7.

spondente e avvicinando con punti staccati due punti dalla taenia distanti 5 cm. Si introflette quindi con punti staccati i tratti intermedi.

Sutura del peritoneo e del trasverso a punti staccati; sutura continua interrotta dell'obliquo; sutura della cute con agrafes.

L'appendice contiene muco.

Diagnosi operatoria: Appendicite non completamente raffreddata con residui di ascesso in corrispondenza della punta subito al disotto dell'arteria iliaca attorno alla quale l'appendice gira a cavaliere.

Cieco mobile ectasico.

Esce perfettamente guarito il 18-XII-1933 dopo 14 giorni dall'intervento.

Riassumendo, sono sette appendicitici (6 uomini e 1 donna dai 14 ai 28 anni) gravi, febbricitanti, con edema notevole al quadrante inferiore D. dove spesso, nonostante la contrazione muscolare, si apprezza e con la palpazione e con il riscontro rettale, la esistenza di una tumefazione fissa, rotondeggiante, dolentissima a limiti indecisi e a consistenza piuttosto dura del volume medio di un'arancia, nei quali, come seguito di puntura esplorativa con esito negativo, abbiamo potuto riscontrare quanto segue: caduta immediata della temperatura, diminuzione locale del dolore, dell'edema e della contrattura muscolare già dopo poche ore e secondariamente, notevole riduzione fino quasi alla scomparsa della tumefazione che occupava la F. I. D., con abbassamento notevole della leucocitosi (meno la 3ª osservazione).

La tecnica, del resto semplice e priva di pericoli, se in piena sede di ottusità, da noi generalmente adottata per praticare la puntura esplorativa endoaddominale è stata questa: ampia pulizia del campo mediante benzina iodata, alcool, tintura di iodio, infissione iliaca (2-3 cm. sotto e medialmente alla spina) perpendicolare dell'ago, (lungo 8-10 cm., montato su comune siringa sterile di vetro da 10 cc., a stantuffo completamente abbassato) fino a sentire la resistenza iliaca, quindi, dopo essere penetrati imprimendo all'ago una direzione obliqua nel pieno spessore della tumefazione, si ritrae progressivamente aspirando.

Così facendo siamo sicuri di non ledere il cieco, di non portare dall'esterno la più piccola quantità di aria nell'addome e di avere recato minime lesioni nella massa flogistica peritoneale; lesioni che si possono riportare tutt'al più a piccole emorragie conseguenti alla rottura di qualche vasellino lungo il tragitto dell'ago.

In ogni ammalato i tentativi di ricerca del pus, sia pure fatta in varie direzioni, sono stati 2-3 e mai più di 3.

È noto che il peritoneo possiede una resistenza naturale alla infezione da parte di parecchi germi batterici, ma sappiamo anche che la resistenza di questa sierosa a infezione già istituita può essere esaltata in diverse maniere, e specialmente introducendo nell'addome so-

stanze (soluzione fisiologica, siero di cavallo, colitossina, globuli bianchi freschi, sieri mono-polivalenti ecc. ecc.) il cui meccanismo di azione, secondo gli AA., consiste nel richiamare una grande abbondanza di leucociti nella sede infiammatoria, aumentando così il potere fagocitario e stimolando l'azione protoplasmatica delle cellule endoteliali.

Nulla di tutto ciò nei nostri casi, eppure non solo locale, ma e innanzi tutto generale e rapido è stato l'esito ottenuto.

Nessuno che io sappia, finora, ha messo in evidenza gli ottimi risultati conseguiti dalla puntura esplorativa endo-addominale ad esito negativo nei processi suppurativi acuti periappendicolari, sebbene già altri AA. abbiano notato l'influenza benefica della laparotomia semplicemente esplorativa sia nei processi purulenti degli annessi (Ferroni) che dell'appendice (Bartoli, Pescatori).

Ferroni per primo recentemente ha osservato la scomparsa avvenuta con sorprendente rapidità o in brevissimo tempo di ogni lesione flogistica in annessiti avirulente non tubercolari a contenuto purulento salpingeo ed ovarico, nelle quali aveva praticato la semplice laparotomia esplorativa seguìta dalla completa chiusura dell'addome; conferma questa sua osservazione sulla base di ben 14 casi e, ripromettendosi ulteriori studi, lascia impregiudicata l'interpretazione indirizzandosi se mai a spiegare il fatto dovuto per la influenza di qualche fattore riposto nel campo vitale.

Dopo Ferroni, Bartoli riporta l'osservazione nel campo dell'appendice: caduta rapida della temperatura seguita dalla riduzione della tumefazione che esisteva nel quadrante addominale fino alla sua completa scomparsa nel giro di pochissimi giorni, in ammalati nei quali aveva praticato una laparotomia lunga 2-3 cm. e applicato un piccolo drenaggio capillare che veniva rimosso in IV$^a$ e tolto in VIII$^a$ giornata.

Lo studio di questo A. si fonda sopra 4 giovani ammalati dimessi guariti 15-20 giorni dopo l'atto operatorio, nei quali era intervenuto per il giusto sospetto di una raccolta ascessuale periappendicolare e che, sia la puntura esplorativa come la incisione avevano dato frustoli di tessuto giallastro fibrino-purulento.

Senza affermarlo sicuramente prospetta come spiegazione del fenomeno questi due ordini di fattori:

1) L'*autoemoterapia* che si istituirebbe come conseguenza dell'intervento cruento;

2) La modificazione dei germi anaerobi a seguito dell'apertura del peritoneo e dell'applicazione del drenaggio.

Pescatori infine rileva il fatto sopra quattro gravi ammalati di appendicite acuta (3 uomini e 1 donna) nei quali l'intervento, limitato per necessità alla laparotomia semplicemente esplorativa con drenaggio, aveva dato i seguenti ottimi risultati: caduta della temperatura e della leucocitosi e remissione di tutta la sintomatologia in XII$^a$ ora.

Discute l'interessante osservazione prospettando fra le ipotesi più degne questi elementi:

1) Azione meccanica e riflessa di detensione addominale.

2) Azione neuro-vegetativa di aumento del tono del circolo portale e azione trofica tissulare.

3) Azione chimico-fisica sulla crasi sanguigna come diretta conseguenza dell'intervento operatorio.

I benefici effetti ottenuti, sia pure in modo diverso dal nostro, (laparotomia esplorativa con o senza drenaggio) penso che siano la conseguenza di uno stesso intimo meccanismo su cui per ora, basandoci esclusivamente sull'osservazione clinica, niente purtroppo di sicuro possiamo affermare. Restando perciò nel fallace campo delle ipotesi, vedremo di giungere, confrontando le spiegazioni degli altri AA., ad un tentativo di interpretazione patogenetica.

Bartoli accenna alla possibilità di una influenza dannosa sulla flora peritoneale data dall'aria che entra nell'addome sia per mezzo della incisione che del drenaggio.

Nelle mie osservazioni però posso escludere sicuramente di avere agito sugli eventuali germi anaerobi del o dei focolai suppurativi, poichè neppure la minima quantità di aria è stata portata nell'addome dall'esterno.

Pescatori pensa che la laparotomia abbia azione benefica anche per via nervosa riflessa, sul difficoltato circolo istituitosi nel territorio della porta dal meteorismo delle anse intestinali e dalla tensione delle pareti dell'addome.

Ma i nostri malati (al momento della puntura esplorativa), non presentavano un quadro clinico da giustificare una difficoltata circolazione endo-addominale, sia perchè la contrazione era localizzata ad un solo quadrante, sia perchè l'alvo, se pur modicamente in tutti era aperto ai gas!

Può l'infissione di un ago in sede flogistica peritoneale, produrre un'azione chimico-fisica sulla crasi sanguigna e di trofismo dei tessuti, da determinare in modo rapido e completo una sintomatologia così grave?

È certo che la sierosa peritoneale può rea-

gire in modo abnorme e rapido anche al più piccolo stimolo; nel caso nostro però, se questa reazione vi è stata, deve essere stata ben piccola ed esclusivamente locale, insufficiente quindi a spiegare le notevoli modificazioni di ordine generale notate.

Non credo inoltre di poter accettare un'azione chimico-fisica sulla crasi sanguigna, che senza dubbio ha dato a tutt'oggi nel campo chirurgico risultati veramente confortevoli e positivi, perchè a me sembra eccessivo il rapporto di proporzione fra causa ed effetto!

Io penso dunque, in accordo con altri AA. (Ferroni, Bartoli, Taddei) che la probabile interpretazione sugli effetti clinici riscontrati dopo puntura esplorativa endo-addominale ad esito negativo nelle appendiciti e periappendiciti suppurative, sia da ricercarsi in una modificazione umorale (autoemo-autosiero-autovaccinazione) conseguente alle piccole emorragie provocate dalla infissione dell'ago nella parete addominale.

Vi sono pericoli a praticare la puntura esplorativa nelle appendiciti suppurate?

Nessuno, quando si segua la tecnica da noi adottata per tumefazioni situate nella fossa iliaca, che è la sede più comune.

Negli altri casi (raccolte ascessuali mediane, sovrapubiche, lombari ecc.) infiggeremo l'ago dove maggiore è l'edema rilevabile con la plica cutanea, il dolore e l'ottusità alla percussione.

Se negativa riesce dopo 2-3 infissioni in varia direzione, inutile e anche dannoso sarebbe insistere.

Evidente è poi l'utilità pratica che ne deriva; innanzi tutto per la immediata risoluzione del grave processo addominale ottenuta senza laparotomia con o senza drenaggio ed in secondo luogo per la possibilità di praticare dopo 2-3 settimane soltanto, l'ectomia facile e sicura dell'organo ammalato.

## RIASSUNTO.

L'A. ha osservato in 7 ammalati di appendicite suppurata, che la puntura esplorativa endoaddominale ad esito negativo ha determinato i seguenti fenomeni: caduta immediata della febbre, diminuzione dell'edema, del dolore, della leucocitosi già dopo poche ore e notevole risoluzione della tumefazione infiammatoria addominale.

Riferisce il controllo operatorio e dopo avere accennato alle ipotesi emesse dagli altri AA. che hanno ottenuto esiti simili dopo intervento laparotomico con o senza drenaggio, spiega il fenomeno invocando una modificazione umorale (autoemo-autosiero-autovaccinazione) determinato dalla infissione dell'ago nelle pareti addominali.

## BIBLIOGRAFIA.

Bartoli O. *Sull'esito delle operazioni esplorative in fatti infiammatorii periappendicolari.* Archivio di Ostetricia e Ginecologia, anno 39, S. II, v. 19, n. 11.

Camoran e Gmelin. *Peritonite suppurativa dopo puntura esplorativa addominale.* Zentralb. f. Chirurgie, 1929.

De Vincentis. *Fatti e considerazioni sulle sensibilità del peritoneo e dell'appendice infiammata.* Policl., Sez. pratica, 1927, vol. 34, n. 19.

Ferroni E. *I risultati della laparotomia lasciata esplorativa in annessiti suppurate (non tubercolari).* Arch. di Ostetr. e Gincol. A. 39, S. II, vol. 19.

Neuhoff e Cohen. *Puntura addominale nella diagnosi delle malattie intraperitoneali acute.* Annales of Surgery, 83, 1926.

Pescatori. *Gli effetti della semplice laparotomia esplorativa sul decorso dell'appendicite acuta.* Arch. it. di Chir., 1933, vol. 35, fasc. IV.

Redi. *L'introduzione nella cavità peritoneale,* ecc. Archivio ed Atti della Soc. Ital. di Chir., 1932.

Rossi. *Iniezioni endoaddominali di soluzioni di glucosio, ipertoniche,* ecc. La Clin. Chir. 1926, I.

Sbrozzi. *Il trattamento chiuso delle peritoniti acute diffuse da perforazione appendicolare.* Policlinico, Sez. Prat., 1927, n. 34.

Serra. *La difesa antibatterica del cavo peritoneale dopo iniezioni di leucociti.* Giorn. di batter., 1929, III

Solieri. *Peritoneo e immunità locale.* Arch. Ital. di Chirurgia, 1925, vol. XIII.

Taddei. *L'ascesso periappendicolare.* Rass. Intern. di Clin. e terapia, 1934.

## NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DEL BAMBINO GESÙ IN ROMA
Direttore Sanitario: Prof. SAVERIO SANTORI.
Padiglione MARIA SALVIATI.
Primario: Prof. UGO MANCINI.

### Considerazioni sulle emottisi nell'infanzia

per il dott. GIOVANNI BARONCI, assistente.

Non tutti gli AA. sono concordi sul significato da darsi alle parole emoftoe od emottisi: infatti mentre alcuni le usano indifferentemente come sinonimi, altri riservano la parola emoftoe alla espettorazione di abbondante quantità di sangue, emottisi alla espettorazione di scarsa quantità di sangue. Altri AA. infine parlano di emoftoe anche nel caso di emorragie delle prime vie aeree, allorquando il sangue raccogliendosi nell'ipofaringe e nella regione laringea, viene poi espulso con colpi di tosse. Allo scopo di evitare possibili confusioni mi servirò della parola emottisi per indicare la espettorazione di sangue proveniente dai bronchi e dai polmoni.

Le cause che possono determinare emottisi durante l'età infantile sono numerose. Tra le cause locali a sede polmonare devo innanzi tutto ricordare la tubercolosi, che anche nei bambini è il motivo più frequente di emottisi. Talora, ma non sempre, intervengono anche fattori occasionali, quali il vento, specie lo scirocco, l'esposizione diretta e prolungata al sole, il raffreddamento, talora il clima marittimo o di alta montagna, gli strapazzi, gli sforzi specie quelli bruschi, la corsa, il salto, la tosse, il canto, il parlare a lungo a voce alta, la sovralimentazione, gli eccessi alimentari, le emozioni, la suscettibilità vasomotoria molto spiccata specie in soggetti con costituzione neuro-artritica, i fattori in genere che aumentano la pressione sanguigna o che determinano congestione polmonare. Anche alcuni medicamenti, quali lo jodio, lo joduro di potassio, il creosoto, il guaiacolo, l'arsenico, il ferro, lo zolfo e i sali d'oro vengono indicati quali cause occasionali.

Altre affezioni che possono causare emottisi sono la sifilide e i tumori del polmone, la cangrena e l'ascesso polmonare, le pneumoconiosi, le formazioni leucemiche, le affezioni parassitarie del polmone, quali le cisti d'echinococco, l'aspergillosi, l'amebiasi bronco-polmonare, l'actinomicosi, le ulcerazioni da distoma, e inoltre la bronchite fibrinosa e le bronchiettasie. Devo ricordare poi le emottisi successive a rifornimenti pneumotoracici; le ferite e le lacerazioni del polmone in seguito a traumi del torace: tali traumi possono produrre emottisi immediate e anche tardive che possono insorgere dopo fatti congestivi e simulare quelle tubercolari. Poi vi sono emottisi da stimoli chimici, quali gas tossici, vapori irritanti e fumo, che possono agire da traumi bronchiali interni producendo emottisi che si possono ripetere per alcuni giorni; così pure vi sono emottisi da polveri e liquidi irritanti e da corpi estranei caduti nelle vie bronchiali. Anche una pleurite interlobare, un empiema, un ascesso subfrenico, un ascesso epatico perforandosi nelle vie bronchiali possono dare emottisi, però in questi casi essa si associa a una vomica di pus. Anche nell'edema polmonare e nella polmonite, specie in quella influenzale, abbiamo espettorato sanguigno, però in questi ultimi casi non si può parlare di emottisi.

Emottisi si possono riscontrare nelle affezioni degli organi circolatori, nei vizi aortici e più ancora in quelli mitralici, specie nella stenosi, ed in genere negli infarti del polmone, anche di origine diversa da quella cardiaca, come nelle flebiti, dove si possono avere sia nel periodo che precede l'obliterazione della vena, sia tardivamente durante l'organizzazione e la disgregazione del coagulo, soprattutto in seguito a movimenti bruschi. Eccezionalmente nei bambini possono esser causa di emottisi gli aneurismi aortici (da eredolues), che possono rompersi nelle vie aeree, come anche comprimere le vene polmonari e dare quindi congestione passiva dei polmoni ed emottisi. Congestioni passive per compressione delle vene polmonari possono similmente esser prodotte da ghiandole e tumori mediastinici.

Emottisi possono altresì aversi nelle diatesi emorragiche, siano esse primitive, come nell'emofilia e nel morbo di Werlhof, che secondarie a malattie del sangue (leucemie acute e croniche, anemia aplastica), a malattie infettive (scarlattina, morbillo, vaiuolo, tifo esantematico, malaria, febbre tifoide, febbre gialla, spirochetosi ittero-emorragica), ad avitamitosi (scorbuto), ad affezioni epatiche (atrofia giallo acuta, forme gravi di epatiti, itteri), e ad alcune intossicazioni (fosforo, piombo ecc.).

***

La patogenesi delle emottisi può essere varia. Così numerose teorie sono sorte per spie-

gare la comparsa di emottisi nella tubercolosi polmonare; dapprima si pensava esclusivamente a una erosione e a una conseguente rottura di vasi sanguigni per opera del disfacimento caseoso, talora anzi per formazione di aneurismi (Rasmussen) nelle caverne. Questi aneurismi sono la causa più frequente di emorragie nelle caverne, quando non avvengano delle emorragie a nappo dalle pareti della caverna stessa. Poi si è ammesso che intervenisse una iperemia attiva, una congestione, specie come causa delle emottisi delle forme iniziali. Nelle forme con tendenza alla sclerosi le emottisi sembrano esser dovute a delle neoformazioni vascolari con ectasie spesso di notevole importanza nelle zone stesse di sclerosi o nelle vicinanze. Si è dato anche importanza alla costituzione e al terreno individuale e si è quindi studiato in particolar modo il sistema nervoso vegetativo degli emottoici, eseguendo altresì le prove farmacodinamiche. Gianni ha fatto delle ricerche sul tempo di coagulazione, su quello di emorragia, sul colore del siero, sulla fragilità vascolare e sul numero delle piastrine di ammalati tubercolosi con emottisi ricorrenti ed ha trovato spesso delle note di una alterata crasi sanguigna. Naturalmente tutti quei fattori occasionali che innalzano la pressione del sangue, specie se bruscamente e anche se per poco tempo, e quei fattori che aumentano la congestione polmonare, favoriscono l'insorgenza delle emottisi.

Se le emorragie polmonari nella tubercolosi sono ben superiori per la quantità del sangue emesso a quelle determinate da un trauma che colpisca un vaso della stessa ampiezza, lo si spiega pensando che le pareti vasali rigide e infiltrate dal processo specifico, perdono in gran parte la facoltà di contrarsi. D'altra parte la facilità con cui si produce la trombosi nei vasi colpiti da processi tubercolari ci spiega come non si notino emottisi in tutti i casi o almeno nella grande maggioranza.

Con l'iperemia attiva e con l'erosione vasale si spiegano anche le emottisi dei tumori, della sifilide, dell'ascesso e della cangrena polmonare, delle pneumoconiosi e delle affezioni parassitarie del polmone.

L'emottisi delle bronchiettasie è dovuta o all'iperemia della mucosa bronchiale o ad aneurismi come nei processi tubercolari, che si rompono per l'atrofia delle pareti o a causa di ulcerazioni. Spesso però è anche legata ad altri fattori o complicazioni, quali la cangrena polmonare secondaria, la tubercolosi o l'insufficienza cardiaca.

Le emorragie che insorgono nelle varie forme di bronchiti si spiegano con emorragie capillari della mucosa bronchiale iperemica e con la stasi transitoria che si produce talora nel circolo polmonare nei forti accessi di tosse. Altre volte, come nei nove casi di bronchite acuta influenzale osservati da Trepiccioni, la patogenesi è più dubbia, tuttavia tale A. pensa a spiccate proprietà offensive del virus influenzale sulle pareti dei vasi della mucosa bronchiale, ad estrinsecazione a livello bronchiale di un lieve stato emogenico e a disturbi vasomotori locali in seguito a vagotonia.

Le emottisi che sopravvengono in seguito a rifornimenti pneumotoracici possono esser talora dovute allo strappamento di una aderenza, talora anche alla lacerazione del parenchima polmonare, di cui un frammento resta aderente alla parete toracica. Possono però esser anche dovute a un disturbo improvviso del circolo polmonare, a spostamenti del mediastino con o senza torsione dei tronchi venosi dell'ilo. Anche una sinfisi pleurica molto vascolarizzata può spiegare l'emottisi.

Le rotture vasali e la congestione ci danno ragione delle emottisi che sopravvengono durante una pleurite interlobare, un empiema, un ascesso subfrenico, un ascesso epatico perforatisi nei bronchi.

Anche le embolie della polmonare possono dare emottisi e questo ci spiega il meccanismo con cui esse si producono nei vizi di cuore e nelle flebiti. Alcuni AA. ritengono però che le emottisi nei cardiaci e specialmente nei mitralici non siano sempre da mettersi in relazione a embolie, ma che pure altre ragioni possono intervenire, ad es. la tubercolosi o anche la semplice stasi, quantunque la maggioranza degli AA., come Hoffmann, Matthes, Romberg, Plesch e Staehelin affermino che la quantità di sangue emesso nell'edema polmonare e nel polmone da stasi sia generalmente ristretta. Tuttavia nella stasi il segno tipico della continua fuoriuscita di sangue negli alveoli è dato dalla presenza di cellule del vizio cardiaco nell'espettorato.

Nelle diatesi emorragiche la causa delle emottisi può esser varia: diminuzione del numero delle piastrine (morbo di Werlhof), rallentamento della coagulazione del sangue e scarsa rapidità della formazione della trombina (emofilia) e in genere alterata crasi sanguigna e labilità vasale.

Le emottisi nelle affezioni epatiche si spiegano con l'auto-intossicazione da veleni non arrestati dal fegato insufficiente, e con alterazioni della crasi sanguigna. Il fegato, infatti,

secondo alcuni AA., avrebbe notevole importanza nel processo di coagulazione del sangue, sia perchè produce, almeno in parte, la fibrina e regola il tasso del fibrinogeno nel sangue, sia anche perchè contiene un fermento coagulante. Quindi negli epatici troviamo spesso una diminuzione della coagulabilità del sangue (Hayem), una difettosa retrattibilità del coagulo e un prolungamento del tempo di emorragia. Spesso è anche difettosa la resistenza dei capillari, come lo dimostra la prova del laccio.

Nelle malattie infettive intervengono poi numerosi fattori quali alterazioni della crasi sanguigna e delle pareti vasali, spiccate proprietà offensive dei virus specie sui vasi della mucosa bronchiale, insufficienza epatica, disturbi vasomotori. Talora, come nella pertosse, interviene anche una stasi transitoria del piccolo circolo prodotta dagli accessi prolungati di tosse. Nel vaiuolo, infine, delle emorragie possono esser causate da eruzione di pustole sulla mucosa bronchiale.

***

Nonostante che le cause che possono produrre emottisi siano numerose, si può dire che tutti gli AA. siano concordi nel ritenerla come un episodio raro a manifestarsi nei bambini, specie se si fa un confronto con la frequenza delle emottisi negli adulti, nei quali ben il 38 % di coloro che sono affetti da tubercolosi polmonare secondo Sorgo, il 44,9 % secondo Luzzatto-Fegiz, il 50 % secondo Strandgaard e Jaquerod, il 60 % secondo altri AA. presentano emottisi.

Comunque non troviamo questo sintoma con la stessa frequenza nelle malattie che possono esserne causa; nelle cisti di echinococco del polmone ad esempio, la frequenza delle emottisi nei bambini è quasi uguale a quella degli adulti. Non è invece lo stesso nella tubercolosi polmonare: a tale riguardo le opinioni e le statistiche riportate dai diversi AA. danno dei risultati molto differenti, benchè pochi sinora si siano occupati delle emottisi nell'infanzia. Rosenthal e Nisnevic, facendo riferimento a 456 anamnesi di bambini affetti da tubercolosi polmonare, hanno potuto riscontrare solo in 25 casi, cioè nel 5,5 % presenza di sangue in piccola quantità nello sputo ed in 6 casi, cioè nell'1,3 % emorragie polmonari più importanti: da notarsi che tutti questi bambini erano di età superiore ai 6 anni. Pierson in una statistica su 198 ragazzi tubercolosi, ha trovato solo in 5 presenza di emottisi, cioè nel 2 % circa. La relativa rarità delle emottisi nell'infanzia si spiega pensando che quelle di piccola entità passano per lo più inosservate, perchè il bambino, specie se è piccolo, espettora molto difficilmente ed inghiotte quindi il sangue stravasato. Meno frequenti inoltre rispetto all'adulto, sono le forme di tisi cavitaria e di tubercolosi polmonare a tipo fibroso, che danno ordinariamente un notevole contributo alle emottisi. Tutti gli AA. sono concordi poi nell'affermare che le emottisi aumentano di frequenza al disopra dei 12 anni.

***

Basandomi sull'abbondante materiale clinico fornito dai diversi reparti dell'Ospedale del Bambino Gesù e precisamente sui bambini che sono stati ricoverati in questo ospedale durante sei anni (dal 1927 al 1932), ho cercato di raccogliere notizie riguardanti le emottisi su un numero di malati più grande di quel che non abbiano fatto altri AA., e più esattamente su circa 21.000 bambini ricoverati. Per poter meglio valutare l'entità dei dati, riferisco il numero di casi che ho preso in considerazione per ogni malattia e per ogni gruppo di malattie aventi maggiore importanza come causa di emottisi.

Adenopatie tracheobronchiali di origine presumibilmente tubercolare 643.

Infiltrazioni perilari tubercolari 266; infiltrazioni perilari e apicali tubercolari 4; infiltrazioni tubercolari del lobo superiore 14; infiltrazioni tubercolari della base polmonare 10; sclerosi polmonari tubercolari 28; tubercolosi miliare polmonare 8; tubercolosi polmonare ulcerosa 8; altre forme di tubercolosi polmonare, come infiltrazioni diffuse a tipo broncopolmonitico, ecc. 152. Totale delle affezioni tubercolari del polmone 490.

Pleuriti secche 59; pleuriti essudative 191; pleuriti diaframmatiche 3; pleuriti mediastiniche 1; pleuriti apicali 1; pleuriti croniche 1; esiti di pleurite 47. Totale delle affezioni pleuriche di probabile etiologia tubercolare 303.

Totale delle affezioni dei polmoni, bronchi, pleure e ghiandole ilari di probabile origine tubercolare 1436.

Cisti d'echinococco del polmone 2; ascesso polmonare 2; cangrena polmonare 5; bronchiettasie 8; empiemi 173; pleuriti interlobari 4; piopneumotorace 1; cisti della pleura 1; corpi estranei nelle vie aeree 2.

Totale delle altre affezioni delle vie aeree inferiori e delle pleure 198.

Vizi congeniti di cuore 28; vizi acquisiti di cuore 34.

Totale dei vizi di cuore 62.

Diatesi emorragiche 5.

**

I dati sulle emottisi sono stati tratti sia dall'anamnesi che dall'osservazione clinica durante la degenza in ospedale, ed in particolare mi sono occupato dei bambini, le cui diagnosi ho sopra elencato e in cui più facilmente è possibile trovare notizie al riguardo.

I risultati a cui sono pervenuto sono i seguenti:

54 bambini ricoverati in ospedale durante gli anni 1927-1932 risulta che abbiano avuto emottisi. Talora ciò si desume, come ho già detto, dall'osservazione clinica, tal'altra invece si tratta solo di notizie anamnestiche, ma in tutti i casi si può affermare che si sia trattato effettivamente di emottisi e non già di altre affezioni che possono simulare questo sintoma, per i risultati dell'esame obbiettivo e per le ricerche radiologiche e batteriologiche che sono state effettuate nei bambini stessi.

Di questi 54 bambini, 25 erano di sesso maschile e 29 di sesso femminile. Per quanto concerne l'età dei bambini essa è esposta nella seguente tabella:

| Età | Numero dei bambini che hanno avuto emottisi |
|---|---|
| 1 anno | — |
| 2 anni | 3 |
| 3 » | 2 |
| 4 » | 2 |
| 5 » | 5 |
| 6 » | 4 |
| 7 » | 9 |
| 8 » | 7 |
| 9 » | 6 |
| 10 » | 6 |
| 11 » | 7 |
| 12 » | 3 |

Come si vede, il numero dei casi di emottisi aumenta in linea di massima dai 5 anni in su. Le malattie da cui erano affetti i bambini *al loro ricovero in ospedale* sono le seguenti:

Adenopatia tracheo-bronchiale 18 casi di emottisi
Infiltrazione perilare tbc. . . 15 » » »
Infiltrazione tbc. del lobo superiore . . . . . . . . . 3 » » »
Infiltrazione tbc. della base polmonare . . . . . . 2 » »
Sclerosi polmonare di origine tbc. . . . . . . . . . 1 casi di emottisi
Infiltrazione polmonare diffusa tbc. . . . . . . . 5 » » »
Pleurite secca . . . . . . . 1 » » »
Pleurite essudativa . . . . 1 » » »
Cangrena polmonare . . . . 1 » » »
Cisti d'echinococco del polmone . . . . . . . 2 » » »
Empiema . . . . . . . . 1 » » »
Pleurite purulenta interlobare 1 » » »
Vizio composto della mitrale . 1 » » »
Epatite infettiva con insufficienza epatica grave . . . 2 » » »

Maggiore importanza hanno senza dubbio le emottisi che si sono verificate in ospedale e che essendo di diretta osservazione, vanno soggette quindi a minore probabilità di errori diagnostici. Durante lo stesso periodo 17 bambini, 9 di sesso maschile e 8 di sesso femminile, hanno avuto emottisi in ospedale. La loro età è esposta nella tabella che segue:

| Età | Numero dei bambini che hanno presentato emottisi durante la degenza in Ospedale. |
|---|---|
| 1 anno | — |
| 2 anni | — |
| 3 » | 2 |
| 4 » | 1 |
| 5 » | 2 |
| 6 » | — |
| 7 » | 4 |
| 8 » | 2 |
| 9 » | 1 |
| 10 » | 3 |
| 11 » | 1 |
| 12 » | 1 |

La diagnosi delle malattie per cui questi bambini sono stati ricoverati in ospedale e le cause quindi delle emottisi sono state le seguenti:

Adenopatia tracheo-bronchiale 2 casi di emottisi
Infiltrazione perilare tbc. . 3 » » »
Infiltrazione tbc. del lobo superiore . . . . . . . . 2 » » »
Infiltrazione polmonare diffusa tbc. . . . . . . . 2 » » »
Pleurite secca . . . . . . 1 » » »
Cangrena polmonare . . . . 1 » » »
Cisti d'echinococco del polmone . . . . . . . 2 » » »
Empiema . . . . . . . . 1 » » »
Pleurite purulenta interlobare 1 » » »
Epatite infettiva con insufficienza epatica grave . . . 2 » » »

La tubercolosi è quindi, come si vede dalle tabelle statistiche, la grande causa delle emottisi nell'infanzia e precisamente essa è stata la causa dell'85,18 % di tutte le emottisi da me considerate, mentre in quelle verificatesi in ospedale essa rientra nella loro etiologia nel 58,82 %.

Considerando poi nel complesso le affezioni delle pleure, polmoni, bronchi e linfoghiandole ilari di natura presumibilmente tubercolare, le emottisi si sono avute in 46 bambini, cioè nel 3,20 % dei malati; se però si tiene conto esclusivamente delle emottisi che per questo gruppo di malattie si sono verificate in ospedale, la percentuale si abbassa fino al 0,69 %.

Posso pertanto confermare quanto hanno affermato altri AA., la rarità cioè delle emottisi nell'infanzia, quantunque abbia potuto riscontrare una frequenza un poco superiore a quella citata da altri (3,20 % anzichè 2 % come ha trovato Pierson). Mentre poi, come afferma Rossi, le emottisi sono nel 95 % conseguenza della tubercolosi polmonare, posso affermare che almeno nei bambini non si arriva a percentuali così notevoli ma solo all'85 %, anzi al 58 % se si considerano solo le emottisi verificatesi in ospedale. Cresce quindi la importanza delle emottisi dovute ad altre affezioni polmonari (cisti d'echinococco, cangrena polmonare ecc.) come anche ad insufficienza epatica grave.

Ritengo opportuno riferire sommariamente su alcuni casi di emottisi verificatisi in bambini ricoverati nell'Ospedale del Bambino Gesù, nei Padiglioni Maria Salviati e del S. O. M. di Malta, diretti dai Proff. Mancini e Valagussa, ai quali esprimo i più vivi ringraziamenti.

CASO I. — S. Marianna, di anni 9.

Entra in Ospedale il 1° marzo 1927. Negativa l'anamnesi famigliare. La bambina va deperendo da alcuni mesi; il 28 febbraio improvvisamente ha emesso sangue dal naso e dalla bocca con colpi di tosse. All'*E. O.* lo stato di nutrizione è un po' scaduto. Torace: fossetta del Morenheim più evidente a D. Ipofonesi in corrispondenza delle fosse sopra- e sottospinosa, sopra- e sottoclavicolare D. Basi bene espandibili. All'ascoltazione respiro soffiante in corrispondenza delle fosse sopra- e sottospinosa, sopra- e sottoclavicolare D., che diviene nettamente bronchiale nello spazio interscapolovertebrale D., ove si ascoltano anche rantolini inspiratori. Negativo l'esame degli altri organi interni.

Un esame radiologico mette in evidenza un opacamento notevole della metà superiore dell'emitorace D. e una forte accentuazione delle ombre ilari con masse e tralci, specie a D. L'esame dell'espettorato è positivo per il bacillo di Koch. Cutireazione ++.

L'emottisi si è ripetuta in Ospedale durante i primi giorni del ricovero della bambina, con emissione mediante colpi di tosse di scarsa quantità di sangue rosso vivo. È stata curata con del cloruro di calcio per via orale.

La bambina viene trasferita al Sanatorio Umberto I il 16 marzo 1927, dopo cessata l'emottisi.

CASO II. — M. Angela, di anni 7.

Entra in Ospedale il 22 settembre 1927. Circa un mese fa ha già avuto emottisi. Da otto giorni la bambina ha febbre elevata, fortemente remittente al mattino e sudori notturni; ieri ha avuto abbondante emottisi. All'*E. O.* il torace appare simmetrico, ben conformato; alla percussione lieve ipofonesi in corrispondenza dello spazio interscapolo-vertebrale D. All'ascoltazione su tutto l'ambito, specie sulle regioni apicali ed ilari, murmure vescicolare aspro. Assenza di fenomeni accessori anche dopo i colpi di tosse.

Un esame radiologico dimostra dei campi polmonari poco luminosi, specie superiormente a D., e una forte accentuazione delle ombre ilari con masse e tralci. Cutireazione +.

L'emottisi è continuata in Ospedale per 3 giorni ed è stata curata con cloruro di calcio e adrenalina per via orale. La bambina è uscita migliorata il 18 ottobre 1927.

CASO III. — L. Spartaco, di anni 8.

Entra in Ospedale il 18 gennaio 1928. Negativa l'anamnesi famigliare. Il bambino è affetto da alcuni anni da bronchite cronica; da circa un mese la tosse si è accentuata ed è comparsa febbre vespertina. Due giorni or sono ha avuto emottisi con emissione di discreta quantità di sangue, che si è ripetuta il giorno dell'ingresso in Ospedale. All'*E. O.* del torace si nota ipofonesi in corrispondenza delle prime cinque vertebre toraciche. Ronchi e sibili su tutto l'ambito sia anteriormente che posteriormente. Presenza del segno di D'Espine. Negativo l'esame degli altri organi interni.

Un esame radiologico mette in evidenza dei campi polmonari poco luminosi e una zona d'opacamento d'origine ilare che dal corno inferiore D. dell'ilo raggiunge quasi la cupola diaframmatica. Notevole accentuazione delle ombre ilari. L'esame dell'espettorato è negativo per il bacillo di Koch. Cutireazione +.

L'emottisi si è di nuovo ripetuta in Ospedale, con emissione, mediante colpi di tosse, di modica quantità di sangue rosso vivo, commisto a bollicine d'aria, di aspetto schiumoso, il 19 gennaio, ed è stata curata con cloruro di calcio per via orale. Il bambino esce migliorato il 4 marzo 1928.

CASO IV. — P. Margherita, di anni 11.

Entra in Ospedale il 19 settembre 1929. Madre affetta da tubercolosi polmonare. La bambina presenta da otto giorni febbre elevata continua, tosse, catarro, senso di profonda astenia. All'*E. O.* del torace: nulla di notevole alla percussione. All'ascoltazione si notano dei segni di bronchite diffusa con ronchi e sibili specie alle basi e respiro aspro diffuso.

La sierodiagnosi di Widal è positiva per il tifo. Successivamente come complicazioni si hanno una broncopolmonite sinistra e un vasto ascesso alla natica sinistra che viene inciso. La febbre scompare il 12 novembre e la bambina resta apirettica sino alla fine di dicembre. Da allora lievi elevazioni termiche.

Un esame radiologico mette in evidenza dei campi polmonari poco luminosi ed elastici con opacamento intenso e non uniforme dell'apice e sottoapice sinistro di origine ilare. Le ombre ilari sono notevolmente accentuate con tralci. L'esame dell'espettorato è negativo per il bacillo di Koch. Il 21 gennaio, improvvisamente, la bambina ha emottisi con emissione di discreta quantità di sangue rosso-vivo. Viene curata con cloruro di calcio per via orale, e nei giorni successivi, cessata l'emottisi, s'inizia cura pneumotoracica.

CASO V. — C. Italo, di anni 12.

Entra in Ospedale il 20 settembre 1929. Negativa l'anamnesi famigliare. Da alcuni giorni febbre, tosse, dolore all'emitorace D. All'*E. O.* si nota ottusità in corrispondenza delle regioni sopra- e sottospinosa di destra, che è ancora più accentuata nelle regioni sopra- e sottoclavicolare e ascellare dello stesso lato. Il limite inferiore dell'ottusità è rappresentato anteriormente da una linea netta; al disotto si ha sonorità timpanica. Il fremito vocale tattile è indebolito sulla zona di ottusità, dove il respiro è debole, quasi soffiante posteriormente, debolissimo poi nelle regioni sottoclavicolare e ascellare destra; non si notano rumori accessori. Negativo l'esame degli altri organi interni.

Una radioscopia mette in evidenza un'ombra rotondeggiante intensa ed uniforme in corrispondenza del campo polmonare destro con polo superiore iperilluminato sovrastante un livello liquido orizzontale. Modica accentuazione delle ombre ilari. Negative sono la cutireazione, la reazione Wassermann e la Weimberg-Ghedini. Un esame del sangue dà: 65 % di neutrofili, 1 % di eosinofili, 6 % di linfociti, 28 % di monociti.

Il giorno 20 settembre il bambino ha emottisi con emissione, mediante colpi di tosse, di sangue in discreta quantità, quasi puro. L'emottisi si ripete il 25 dello stesso mese, ed è stata curata con cloruro di calcio e sciroppo di codeina per via orale, con coaguleno e zimolattato di calcio per iniezioni. Il bambino è stato in seguito operato di costotomia per pleurite purulenta interlobare D. ed è uscito guarito il 23 marzo 1930.

CASO VI. — U. Antonia, di anni 10.

Entra in Ospedale il 9 luglio 1932. Negativa l'anamnesi famigliare. Due mesi or sono la bambina ha emesso modica quantità di sangue dalla bocca con colpi di tosse. Ieri nuova emottisi. Una radiografia eseguita fuori dell'Ospedale ha messo in evidenza una cisti nel campo polmonare destro. Vi sono dei cani nell'abitazione della bambina, che non ha avuto mai orticaria. All'*E. O.* si nota modica ipofonesi in corrispondenza del medio emitorace destro, più pronunciata sotto l'ascella. Il respiro è appena affievolito sulla zona ipofonetica, con qualche crepito. Addome: trattabile, indolente. Fegato nei limiti. La milza giunge in alto all'VIII costa, in basso all'arcata, di consistenza aumentata. Nel quadrante superiore destro dell'addome sotto il margine epatico si palpa una tumefazione ovoidale, grande quanto una grossa noce, di superficie liscia, di consistenza solida, spostabile modicamente in senso trasversale, ancor meno coi movimenti respiratori, non dolente. Tale tumefazione è andata successivamente aumentando di volume, raggiungendo quello di una grossa arancia.

Un esame radiologico del torace mette in evidenza dei campi polmonari poco luminosi; nel terzo inferiore del campo polmonare D. si nota un'ombra intensa, ovalare, a margini netti. A sinistra accentuazione delle ombre ilari con un'ombra perilare ovalare, a margini netti.

La reazione Wassermann è negativa; la reazione di Weimberg-Ghedini negativa; la reazione di Casoni fortemente positiva. La formula leucocitaria è la seguente: neutrofili 47 %; eosinofili 5 %; monociti 8 %; linfociti 37 %; mielociti 3 %.

La bambina è stata operata per la cisti d'echinococco del polmone destro ed è morta il 3 gennaio 1933 con sintomi di localizzazione cerebrale (emiplegia) per la produzione di un probabile ascesso.

Dall'esame dei casi sopra riportati e dalla osservazione degli altri casi verificatisi in ospedale, si può affermare che la sintomatologia delle emottisi nell'infanzia è quasi simile a quella presentata dagli adulti. Il sangue però che viene emesso dalla bocca con colpi di tosse, raramente è in notevole quantità; di solito esso è scarso, spesso si riduce solo a qualche sputo ematico, talora raggiunge i 50-100 cc., più di rado i 200 cc. Spesso, come ho già accennato, il sangue quando è in piccola quantità non viene emesso dalla bocca ma deglutito, perchè il bambino, specie della prima infanzia, difficilmente espettora (all'infuori della pertosse); talora, però, nelle emottisi abbondanti il sangue può essere espulso, oltrechè dalla bocca, anche dal naso.

Il sangue è per lo più di aspetto rosso vivo, spumoso, con delle bollicine d'aria. Esso defluisce verso i grossi bronchi; una parte raggiunta la biforcazione può essere espulsa con la tosse, mentre un'altra parte può essere inspirata nelle parti declivi del polmone, specie se il bambino fa delle inspirazioni profonde. Contrariamente agli adulti i piccoli pazienti non sono generalmente molto agitati o angosciati per l'emottisi, anzi per lo più essa li lascia indifferenti. Poco accentuati sono altresì i disturbi vasomotori, come l'arrossamento dei pomelli o il pallore che si verifica in emottisi di notevole entità. Anche nei bambini si manifesta spesso la febbre nei giorni seguenti all'emottisi e si avvertono all'ascoltazione del torace dei rantoli a medie e piccole bolle verso la base del polmone dove si è prodotta l'emorragia. Rantoli fini si possono talora ascoltare anche in corrispondenza delle zone sedi di emottisi.

Nelle emottisi da infarto il sangue è generalmente di colorito più scuro, di aspetto rosso-cupo, in minore quantità e la emottisi si accompagna spesso a cianosi e ad altri segni di insufficienza cardiaca. Talora però i piccoli infarti non danno alcuna manifesta-

zione nè clinica, nè radiologica, mentre altre volte si ha un quadro di lesioni più o meno diffuse con rantolini e ombre radiologiche disseminate, molto simili a quelle di natura tubercolare.

Quando l'emottisi è dovuta alla perforazione nei bronchi di un empiema o di un ascesso sottodiaframmatico, essa si accompagna per lo più ad una vomica di pus giallastro, verdastro o brunastro, spesso fetido.

La diagnosi delle emottisi si basa sull'osservazione del sangue emesso, che è per lo più spumoso, rosso vivo, e sulle condizioni che hanno accompagnato l'espulsione del sangue stesso (sforzi di tosse). Talora però, specie se non si è potuti esser presenti all'emottisi, si può nei bambini rimanere molto in dubbio, dalla sola anamnesi, se essa si sia realmente verificata, giacchè, come ho più volte detto, essi deglutiscono spesso il sangue stravasato, e il sospetto potrà esser confermato oltre che dalla presenza di sangue nelle feci, che assumono un aspetto nerastro, dall'esame obbiettivo generale, dalle ricerche radiologiche e microscopiche.

Vi sono altresì delle emorragie benigne delle prime vie aeree che possono talora simulare una emottisi. Secondo Calamida esse sono dovute o a una lesione delle gengive o a ulcerazioni della mucosa orale, a varici, a tumori telangettasici del velo pendulo, a piccole ulcerazioni di natura luetica o tubercolare della mucosa nasale. Il sangue raccogliendosi, specie durante la notte, nell'ipofaringe, può essere espulso al mattino con colpi di tosse. Si possono avere altresì emorragie per tumori ed infiammazioni della mucosa rinofaringea, nelle faringiti sia pseudoipertrofiche che atrofiche e sopratutto negli adenoidei. Le vegetazioni adenoidi possono causare difficoltà diagnostiche notevoli; infatti il sangue scendendo posteriormente lungo il faringe può essere espulso dalla bocca anche con colpi di tosse. Spesso però facendo chinare il bambino in avanti, il sangue defluisce dalle narici ed esaminando il faringe si può notare una stria di sangue sulla volta posteriore del faringe stesso; inoltre il sangue non è aereato, non assume un aspetto spumoso e mancano altresì gli altri segni obbiettivi, radiologici, biologici e microscopici che possono far pensare ad una emottisi.

Nel laringe non sono frequenti le emorragie, all'infuori della laringite emorragica. Emorragie tracheali possono esser causate da tumori, e spesso per poterne riconoscere l'origine bisogna ricorrere alla tracheobroncoscopia.

A causa della rarità nell'infanzia di affezioni gastriche che possono dar luogo ad emorragie, si comprende come l'ematemesi solo eccezionalmente possa simulare un'emottisi. Comunque il sangue è nerastro, misto a particelle alimentari o a bile, non è aereato, è acido e viene espulso con il vomito.

La gravità che l'emottisi riveste spesso negli adulti, specie nei periodi avanzati della tubercolosi polmonare, non la si ritrova nell'infanzia, in cui non ho potuto mai riscontrare la morte dovuta direttamente ad essa. Com'è noto, la morte in seguito ad emottisi può dipendere o da dissanguamento, o da soffocazione, o da generalizzazione del processo, e si può talora accompagnare ad edema polmonare o ad embolia gassosa per penetrazione d'aria nei vasi beanti. Schmitz tuttavia ha riferito su due bambini che soccombettero in seguito ad emottisi.

La terapia delle emottisi dell'infanzia e quella che in particolare è stata seguita nei bambini ricoverati nell'Ospedale del Bambino Gesù, non presenta che poche differenze rispetto a quella normalmente seguita negli adulti. Sono state sufficienti in ogni caso per arrestare l'emorragia le consuete cure a base di cloruro di calcio sia per via orale che per via endovenosa, le iniezioni intramuscolari di coaguleno a cui si è talora aggiunta l'adrenalina per bocca. Sono state inoltre seguite le norme dell'assoluto riposo, della borsa di ghiaccio sul torace e del silenzio, per quanto possibile. Non si sono che eccezionalmente somministrati dei preparati a base d'oppio o derivati, sia per la scarsezza dell'emottisi, sia anche per la poca tolleranza che hanno in genere i bambini per tali prodotti. Analogamente non si è mai ricorso ad altri mezzi terapeutici come le iniezioni intratracheali di adrenalina o di coaguleno, ovvero al pneumotorace, che benchè anche nelle emottisi infantili possa trovare utile applicazione, non viene di norma eseguito, sia per le difficoltà inerenti alla sua applicazione nell'infanzia, come pure per l'esiguità del sangue emesso, che si può dire non compromette quasi mai direttamente l'esistenza del bambino.

## RIASSUNTO.

L'A., dopo aver esposto alcune considerazioni sull'etiologia e la patogenesi delle emottisi, specie dell'infanzia, riferisce su 54 casi di emottisi avutesi su di un totale di circa 21.000 bambini ricoverati nell'Ospedale del Bambino Gesù, e ne descrive dettagliatamente

alcuni. Termina esponendo i sistemi di cura abitualmente seguiti.

BIBLIOGRAFIA.


BERGER M. Monatsschrift für Kinderheilkunde, vol. 35, 2, pagg. 145-151, 1927.

BEZANÇON F. e AZOULAY R. Paris Médical, 17 gennaio 1925.

BEZANÇON e JACQUELIN. Presse Médicale, 5 giugno 1929.

CAILLÉ. Ref. Zentralblatt für Kinderheilkunde, 10, 476, 1921.

CALAMIDA U. Pensiero Medico, n. 31, 10 nov. 1926.

CAUSSADE G. e TARDIEU A. La Rev. médicale, 12 febbraio 1931.

ID. ID. Rev. de méd., aprile 1931.

CSÖKE, LÁSZLÓ. Gyògyàszat, 1931, I, 97-99.

DUKEN J. Zeitschrift für Kinderheilkunde, vol. 45, pagg. 333-345, 1927.

GIANNI G. Minerva Medica, n. 35, settembre 1929.

GIRAUD A. Bulletin Médical, 6 febbraio 1932.

HOFFMANN A. Deutsche Mediz. Wochenschrift, 7, IX, 1926.

LABAND A. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 122, pagg. 111-112, 1928.

LANFER e VITRY. La Presse Médicale, n. 40, 1924.

LUZZATTO-FEGIZ G. Il Policlinico, Sez. Pratica, fasc. 28, 1926.

MOHR L. e STAEHELIN R. *Trattato di Medicina Interna*, vol. II, parte I. Società Editrice Libraria, Milano.

MORQUIO L. Archives de Médecine des enfants, vol. 29, n. 1, gennaio 1926.

NOBÉCOURT. La Pediatrie Pratique, vol. XXVII, n. 46, 5 aprile 1930.

ROSENTHAL-NISNEVIC N. Pediatrija, vol. 11, n. 1, pagg. 41-49, 1927.

ROSSI F. Il Policlinico, Sez. Prat., fasc. 34, p. 1091, 1923.

SANTORO G. Pozzi, Roma.

SCHEIDEMANTEL. Klinische Wochenschrift, 1927, n. 12, pag. 554.

SCHMITZ E. J. Monatsschrift für Kinderheilkunde, vol. 36, 3, pag. 301-305, 1927.

SERGENT E. e MIGNOT R. Arch. des mal. de l'appar. resp., 1931, n. 1.

SORGO. In *Handbuch der Tbk.* di BRAUER, SCHRÖDER e BLUMENFELD. J. A. Barth, Lipsia, 1919.

STRANDGAARD. Zeitschrift f. Tbk, vol. 12, p. 209.

TREPICCIONI. La Riforma Medica, n. 7, 1933.

VITETTI G. La Clinica Pediatrica, vol. XIII, n. 2, febbraio 1931.

WIESE. Springer, 1927.




# OSSERVAZIONI CLINICHE.


OSPEDALE CIVILE DI RIMINI

SEZIONE MEDICA, dir. dal Prof. ACHILLE SEGA


## Meningite tubercolare cerebrale e spinale e sindrome di Froin.

**(Contributo clinico ed anatomo patologico).**


Dott. PIO LIVIO BONOLI, assistente volontario.


Da quando Froin nel 1903 descrisse per primo la sindrome che è nota sotto il suo nome, e che consiste nella coagulazione massiva del liquido cefalo-rachidiano associata a xantocromia, i casi riportati fino ad oggi nella letteratura non raggiungono il centinaio.

Agli 82 noti fino al 1930 e diligentemente raccolti da Sega, possiamo aggiungere quelli recentemente pubblicati, che, a quanto risulta dalla letteratura consultata, ammontano a 11 (undici). Di questi: 3 da meningite tubercolare (Stefanini, Leone, Vottero e Bonavia); 4 da tumori del sistema nervoso centrale (2 cerebrali ed uno midollare descritti da Fridman; 1 intramidollare di Clivio e Losio); 1 da tubercolosi delle vertebre (Fridman); 1 da meningite sifilitica spinale (Popow); 1 nel corso di una paralisi di Landry in soggetto con leucemia mieloide (Cornil, D. Olmer, J. Olmer e Alles) ed 1 da meningite infettiva di natura non precisata (Marcelli).

Credo interessante quindi per varie ragioni la conoscenza del caso che ho avuto occasione di seguire e studiare dietro il consiglio e sotto la guida del Prof. Sega, Direttore e Medico Primario dell'Ospedale.

Innanzi tutto, come si è visto, per la rarità sia della sindrome in parola, sia del suo apparire nel corso di una meningite tubercolare, (solo 13 sono infatti i casi noti); poi per alcune particolarità del decorso clinico e del substrato anatomo patologico della sindrome suddetta, che risultano di evenienza quanto mai rara.

G. Germano, di anni 10 da Rimini.

Entra nella Sezione Medica dell'Ospedale il 2 maggio 1933.

Nulla da segnalare nell'anamnesi famigliare.

Il paziente ha sempre goduto buona salute fino ad un mese circa prima dell'ingresso in Ospedale, epoca in cui si ammalò di pleurite essudativa sinistra (aprile 1933).

All'ingresso presentava segni di lieve pleurite secca alla base di sinistra. Durante i primi dieci giorni di degenza la temperatura presentò qualche elevazione serotina, non costante, fino ad un massimo di 37°,4.

I sintomi locali andarono attenuandosi ed il 12 maggio il paziente fu dimesso guarito.

Dopo un breve periodo di discreto benessere, il 30 maggio, comparve improvvisamente febbre a 38° per cui fu di nuovo ricoverato in Ospedale.

Accusava, all'ingresso, cefalea frontale ed aveva qualche conato di vomito. Presentava lieve rigidità della nuca. L'esame dell'apparato respiratorio rilevò alla percussione una lieve ipofonesi sulla sopraspinata sinistra ed all'ascoltazione gruppi di rantoli nello spazio scapolo vertebrale sinistro. La milza non si palpava.

Il 6 giugno ebbe ritenzione di urina, a cui seguì dopo due giorni perdita involontaria.

Il malato entrò quindi in uno stato soporoso alternato a periodi di delirio, e ben presto comparvero segni di deficit motorio degli arti inferiori. Prima diminuì la motilità dell'arto inferiore destro quindi di quello di sinistra. Riflessi tendinei (achilleo e patellare) assenti bilateralmente. Contemporaneamente comparve Babinski pure bilaterale, quantunque più accentuato a sinistra. Scomparvero pure i riflessi cremasterici ed addominali. Si resero ben evidenti le strie angioparalitiche di Trousseau.

Il 10 giugno il paziente era nettamente paraplegico.

La sensibilità tattile, termica e dolorifica non presentò mai variazioni apprezzabili. Infine comparvero segni di deficit motorio del facciale di sinistra, che si apprezzava solo quando il paziente faceva atto di mostrare i denti; indi comparve anisocoria. In queste condizioni il paziente decedette il 16 giugno 1933.

La temperatura ebbe un andamento irregolare senza forti elevazioni (non superò che una sola volta i 39°) e negli ultimi giorni ebbe qualche remissione.

*Ricerche di laboratorio.* — Una puntura lombare, eseguita il 6 giugno 1933, diede esito a 3 cc. di liquido che fuoruscì con grande difficoltà. Liquido nettamente xantocromico, che coagulò in massa subito dopo l'estrazione. Data la scarsità del liquor si poterono eseguire soltanto le seguenti ricerche:

Albumina: (Brandberg) gr. 18 ‰.

Sedimento: numerosi globuli rossi e qualche globulo bianco.

Una seconda puntura lombare, eseguita il 9 giugno allo stesso livello della precedente, diede esito a 2 cc. di liquor nettamente xantocromico che coagulò parzialmente. In esso la reazione di Nonne-Appelt diede una 1ª fase intensamente positiva.

La conta dei globuli bianchi (cellula di Nageotte) diede 8 elementi per mmc., in prevalenza linfociti.

L'esame batterioscopico del sedimento diede esito negativo per il bacillo di Kock.

L'esame radiografico della colonna vertebrale in 2 proiezioni eseguite dal prof. Abbati non mise in evidenza segni di lesioni vertebrali di sorta.

L'esame radiologico completo dell'apparato respiratorio (prof. Abbati) diede il seguente reperto (3 giugno):

Segni di camicia pleurica totale costale e diaframmatica a sinistra con obliterazione del seno complementare corrispondente.

Sopraelevazione e rilevante diminuzione di motilità respiratoria dell'emidiaframma relativo.

Tutto l'ambito polmonare ed in particolar modo il suo lato sinistro appare disseminato di ombrette miliariformi di scarsa opacità, che per la loro disposizione reciproca formano un disegno a delicata rete.

La cutireazione alla tubercolina umana eseguita il 15 giugno diede risultato negativo.

Gli esami di urine misero in evidenza solo tracce di albumina.

L'autopsia dovette essere necessariamente parziale e limitata al solo sistema nervoso centrale. Le meningi e particolarmente la pia, in corrispondenza del tratto dorsale inferiore del midollo spinale, e sopratutto nella porzione basilare in in corrispondenza della protuberanza, dei peduncoli, del chiasma dei nervi ottici, fino alla benderella olfattiva apparivano alquanto ispessite; il midollo spinale, la protuberanza, i peduncoli, il cervello ed il cervelletto, erano macroscopicamente integri.

L'esame istologico delle meningi (tratti cervico-dorsale, dorso-lombare, e lombo-sacrale, fissati in formalina, ed esaminati con gli ordinari metodi di colorazione: ematossilina-eosina) ci diedero il seguente reperto:

Ispessimento delle meningi, specie della pia madre. I vasi della pia appaiono dilatati e congesti con segni di trombosi ed emorragie capillari. Infiltrazioni di elementi linfoidi sono disseminati nei vari tratti esaminati e particolarmente accentuate in corrispondenza del tratto dorsale inferiore.

* * *

Durante il primo periodo di degenza il nostro paziente non presentò dunque nulla di particolarmente interessante. Erano presenti i segni di una pleurite secca sinistra, esito della pregressa pleurite essudativa. L'esame radiologico, che, eseguito in secondo tempo, mise in evidenza una camicia pleurica totale costale e diaframmatica sinistra, confermò il reperto clinico.

La lenta risoluzione del processo morboso a carico della sierosa pleurica accompagnato al persistere di temperature subfebbrili, può già renderci sospetta la natura della malattia. Vediamo infatti, dopo un lieve miglioramento, l'esplodere di fenomeni acuti a carico del parenchima polmonare, sulla cui natura, in base all'esame radiologico, non vi può essere alcun dubbio.

Ma il quadro respiratorio passa in seconda linea di fronte alla entità dei fenomeni nervosi, che progressivamente aggravandosi, condussero a morte il paziente.

Comparvero infatti segni clinici di un processo meningitico acuto (cefalea con rigidità nucale, vomito, stato soporoso alternato a periodi di delirio, febbre), a cui ben presto si aggiunsero segni di deficit motorio a carico degli arti inferiori (paraplegia).

Solo pochi giorni prima della morte si resero evidenti lievi segni di deficit motorio del VII e poi del III paio dei nervi cranici, espressione dell'estendersi del processo meningitico alla base del cervello.

Meningite quindi basilare e spinale con prevalenza dei segni di compressione midollare, sopratutto nel tratto dorsale.

La concomitanza di una tubercolosi polmonare con una meningite cerebrale e spinale ci rende chiara l'identità di natura dei processi morbosi. Non si oppone a ciò l'assenza di bacilli di Kock nel liquor, reperto che come si sa non è affatto necessario per la documentazione della natura del processo. La negatività della cutireazione alla tubercolina nel nostro caso si può spiegare con l'anergia non infrequente durante i processi acuti e negli stadi terminali di malattia.

* * *

In generale quando si parla di meningite tubercolare si intende tipicamente la forma basilare (Villa). Può darsi che l'essudato si trovi anche sul bulbo e sul midollo, ed anche sulla volta.

Il nostro caso però, assume una fisionomia del tutto particolare. Noi vediamo segni di compartecipazione delle meningi spinali, che, non solo compaiono precocemente, ma dominano su tutto il quadro morboso sia per la loro intensità, sia per la loro durata.

Vediamo tale meningite spinale dare una vera e propria paraplegia flaccida probabilmente da compressione, data l'assenza di lesioni midollari al tavolo anatomico.

Esistono invero nella letteratura casi di forma emiplegica e di forma monoplegica della meningite tubercolare, ma, a quanto mi consta, forma nettamente paraplegiche costituiscono un reperto quanto mai raro.

Lésage, dopo avere affermato che tutte le meningiti sono cerebro-spinali, descrive come forme paralitiche della meningite tubercolare solo la emiparesi e la emiplegia con o senza afasia.

Mercusio pure, dopo avere accennato al reperto possibile di essudato nel canale rachideo, ammette fra le forme cliniche della meningite solo quella emiplegica.

Gorini, in un rilievo clinico statistico su 75 casi di meningite tubercolare, non ha descritto un solo caso di paraplegia flaccida e nemmeno di forma prevalentemente spinale.

Stefanini descrive 3 casi di emiplegia a tipo spastico terminanti col quadro della meningite basilare.

Calmette cita come tipi clinici rari le meningiti localizzate o al bulbo o al midollo spinale.

Se osserviamo poi le descrizioni del decorso clinico dei casi di meningite tubercolare con sindrome di Froin, noi vediamo che in nessuno di essi la sintomatologia spinale ha così forte prevalenza sulla basilare, e in particolar modo che nessuno ha presentato fenomeni di paraplegia flaccida.

Il III caso di Larini ha invero una sintomatologia prevalentemente spinale e l'essudato arriva fino al cono terminale, ma i fenomeni sono a tipo irritativo; così pure a tipo irritativo sono i fenomeni descritti nei casi di Huber e Peignaux.

* * *

Se ora osserviamo i reperti ottenuti dalle punture lombari effettuate in 8° e 9° giornata, noi vediamo che nella prima lo scarso liquido nettamente xantocromico uscito con grande difficoltà coagulò in massa subito dopo la estrazione. Inoltre presentava forte iperalbumosi (18 ‰) con scarsi elementi bianchi. Alla sindrome di Froin-Sicard si associa così una netta dissociazione albumino citologica (sindrome di Sicard-Foix).

Non è infrequente tale concomitanza a trovarsi (Pauliau e Demetrescu; Villaret e Girons; Riquier; Crouzon, Alajouanine e Delafontaine; Lepine; Blanchetière e Lejonne; Sega); però nei casi di meningite tubercolare con sindrome di Froin noi vediamo che l'associazione delle due sindromi è descritto solo nel III caso di Roccavilla ed in quello della Leone.

La seconda rachicentesi diede esito a 2 cc. di liquor pure nettamente xantocromico che coagulò parzialmente.

Ci troviamo quindi come nei casi di Froin, Launois, Ledoux; nel II di Riquier; nel III di Larini; in quello di Povoa dinanzi al regredire spontaneo del fenomeno. Nel caso di Graziani assistiamo invece allo stabilirsi di esso. Solo Sega potè osservare la comparsa e successiva scomparsa della coagulazione massiva con xantocromia in una sindrome di Sicard-Foix.

La rarità quindi della forma clinica, la rarità della comparsa di una sindrome di Froin nel decorso di essa e la rarità dell'associazione della sindrome di Froin con quella di Sicard-Foix, costituiscono a mio avviso la originalità del caso in esame, che, oltre a portare un contributo alla fenomenologia della meningite tubercolare, aumenta la varietà dei reperti anatomo patologici osservati che stanno a base della sindrome in parola.

Tale varietà di substrato anatomo patologico e la varietà dell'eziologia hanno reso quanto mai complesso il problema patogenetico. Le difficoltà sono anche accresciute dallo scarso numero dei casi studiati e dalla incompletezza di molti di essi (non sempre ad esempio fu potuto eseguire un esame anatomo patologico).

Le diverse teorie emesse dai singoli autori non sono sufficienti singolarmente a spiegare il meccanismo di formazione e tanto meno la transitorietà del fenomeno.

Osserviamo invece la « costanza del rapporto fra intensità della xantocromia e iperalbuminosi del liquor e coagulazione massiva » (A. Sega).

Consideriamo che il liquido cefalo rachidiano, come tutti i liquidi, in condizioni fisiologiche presenta quello stato particolare, ed ha quelle caratteristiche (colore, peso specifico e viscosità), che gli conferiscono i componenti normali presenti in rapporti determinati fra di loro.

È facile allora comprendere come, qualora avvengano variazioni dell'equilibrio fra i vari

componenti (iperalbuminosi con o senza leucocitosi) e compaiono elementi nuovi (fibrinogeno, fibrinfermento ed altri componenti del sangue), tale stato venga a modificarsi. E, come durante un processo infiammatorio lo essudato assume caratteri diversi a seconda dello stadio evolutivo in cui si trova ed a seconda della sua composizione, così noi vediamo aver inizio, crescere e regredire nel liquor quei fenomeni che consistono in una coagulazione a volta parziale, a volte totale, che a volte avviene durante la stessa estrazione del liquor dentro l'ago, a volte poco tempo dopo.

La coagulazione massiva non ci rappresenta quindi che uno stadio di un processo evolutivo più ampio.

Inoltre, per la varietà del substrato anatomo patologico, non ci è possibile « risalire alla conoscenza esatta dell'affezione primitiva e concomitante » (G. Marcelli).

Non si può parlare quindi più di una sindrome, come proposero di chiamarla Sicard e Descamps nel 1908, non « costituendo il complesso dei sintomi volta a volta presentati una entità nosologica vera e propria » (G. Marcelli).

Più giusto ed esatto sarebbe a parer mio considerarla come *un fenomeno* reversibile, espressione dell'intensità di una speciale alterazione della composizione del liquor, consistente in « iperalbuminosi » con o senza « aumento dei globuli bianchi, passaggio del fibrinogeno, del fibrinfermento e degli altri componenti del sangue nel liquor stesso » per « alterazione in parte di natura flogistica, in parte di natura meccanica da stasi » non importa se « per azione tossica o infettiva o per particolari veleni microbici o per una speciale attività patogena del germe responsabile ». (Sega).

## RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di sindrome di Froin comparsa nel corso di una meningite tubercolare a localizzazione cerebrale e spinale, corredandolo col reperto anatomo-patologico. Dopo aver messo in evidenza la rarità del decorso clinico e della localizzazione del processo meningitico nel caso in questione, espone qualche considerazione personale sulla importanza e sul valore semeiologico della cosidetta sindrome di Froin.



## BIBLIOGRAFIA.

BLANCHETIÈRE e LEJONNE. Gaz. des Hôp., 14 settembre 1909.

CALMETTE A. *L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.* Masson, 1928, pagg. 244-246.

CLIVIO C. e LOSIO L. Riv. di pat. nerv. e ment., n. 1, pag. 107, 1930.

CORNIL, OLMER D., OLMER J. e ALLES. Sang., n. 6, pagg. 114-120, 1932.

CROUZON O., TH. ALAJOUANINE e P. DELAFONTAINE. Rev. Neurol., pag. 577, 1926.

FRIDMANN. Sovrem. Psiconevr., 9, pagg. 722-732, 1930.

GOLDSTEIN K. Trattato di med. interna di MOHR e STAEHELIN, vol. V, p. I, pag. 198, S.E.L., 1929.

GORINI. La Clinica Pediatrica, pagg. 521-563, 1932.

GRAZIANI A. La Riforma Medica, pag. 344, 1921.

HUBER J. e PEIGNAUX J. Bull. de la Soc. de Pediatr. Paris, vol. 22, n. 2-3, pagg. 95-98, 1924.

IBRAHIM J. Trattato di Pediatria di FEER, pag. 508 e segg., Vallardi, 1929.

LARINI D. La Clinica Pediatrica (Arch.), pag. 789, 1929.

LAUNOIS, FROIN, LEDOUX. Gaz. des Hôp., n. 23, 1914.

LEONE A. Riv. di Clin. Pediatr., pag. 655, 1931.

LÉPINE. Lyon Médical, 23 agosto 1903.

LÉSAGE A. *La méningite tuberculeuse de l'enfant.* Masson, 1919.

MARCELLI G. La Pediatria, 9, pag. 501, 1930.

MERCUSIO. *Trattato di Pediatria,* vol. III, p. 476.

PAULIAU e DEMETRESCU. Rev. Neurol., sed. 5 nov. 1925, pag. 623.

POPOW. Folia neuropat. estoniana, vol. 12, pagg. 59-64, 1932.

POVGA H. Archivos de Fund. Gof. e Guin. in Rio de Janeiro, 1929.

RIQUIER G. C. Studi Sassaresi, Serie II, vol. IV, fasc. 4, 1926.

ROCCAVILLA A. Riv. di pat. nerv. e ment., n. 11-12, pag. 321-337, 1918.

SEGA A. Arch. di pat. e clin. medica, vol. X, fasc. III, 1931.

STEFANINI. La ped. del medico pratico, pag. 340-351, 1932.

VILLA A. *Medicina Interna* di CECONI, vol. IV, pag. 539; Minerva Medica, 1932.

VILLARET M., GIRONS e BOUET. Paris Médical, 15 maggio 1920, pag. 403.

VOTTERO G. e BONAVIA G. La Riforma Medica, pag. 995, 1° luglio 1933.

# SUNTI E RASSEGNE.

## FEGATO E VIE BILIARI.

### L'ittero catarrale prolungato.

(M. CHIRAY, G. ALBOT e A. BOSQUET. *Arch. des Mal. de l'App. Dig. et des Mal. de la Nutr.*, novembre 1934).

Le forme prolungate dell'ittero catarrale apiretico e le difficoltà di diagnosi che esse sollevano sono attualmente ben note. Certi itteri catarrali prolungati simulano un'ostruzione cancerosa delle vie biliari; altri una *poussée* di ittero nel corso di una cirrosi; altri una ostruzione calcolosa del coledoco.

Come caratteristiche delle ostruzioni cancerose delle vie biliari vengono indicate l'esagerazione progressiva e senza remissione dell'ittero, il dimagramento e la cachessia precoci, la percezione di una vescichetta dilatata, l'assenza completa di temperatura. Ma è noto che questi segni possono difettare. Il dimagramento e la cachessia sono spesso tardivi; l'esplorazione della colecisti anche dilatata non è sempre facile; infine si possono osservare, all'inizio dell'evoluzione degli itteri cancerosi, delle alternative di attenuazione e di accentuazione della ritenzione biliare. Le emorragie intestinali, quando esistono, passano classicamente per un argomento prezioso in favore del cancro dell'ampolla di Vater e tuttavia sono state osservate nel corso dell'ittero catarrale prolungato. Clinicamente esistono dunque spesso serie difficoltà nella diagnosi fra ittero catarrale prolungato e ostruzione cancerosa delle vie biliari. Queste difficoltà sono però ora attenuate grazie ai metodi moderni di esame complementare e particolarmente grazie al sondaggio duodenale e alla prova della galattosuria provocata. L'ostruzione cancerosa è caratterizzata dall'assenza totale dello scolo di bile nell'intestino e dall'assenza di disturbi importanti della funzione galattopenica, ciò che distingue questi casi da quelli di ittero catarrale prolungato.

Alcune cirrosi evolvono per lungo tempo in modo latente, senza ascite e senza circolazione collaterale; il loro primo segno rivelatore può essere un ittero. Si comprende come in casi simili si possa diagnosticare a torto un ittero catarrale prolungato. Alcuni itteri catarrali prolungati, d'altra parte, possono essere interpretati come episodi itterici delle cirrosi. Gli AA. riportano tre osservazioni di questo genere e concludono che un grosso fegato duro nel corso di un ittero prolungato non permette di affermare una cirrosi complicata con ittero. La durezza del fegato non corrisponde obbligatoriamente ad una sclerosi di quest'organo; essa può essere conseguenza di una congestione, di una ritenzione biliare meccanica, di una degenerazione grassa massiva, di una epatite diffusa.

L'ittero catarrale prolungato può ancora simulare una ostruzione non cancerosa del coledoco, specie l'ostruzione litiasica, donde il problema della decisione chirurgica e del suo momento più opportuno. In certi casi, forse i più frequenti, non sono tanto le anomalie sintomatiche quanto l'estremo prolungamento dell'ittero che fanno credere alla litiasi. Si diagnostica all'inizio un ittero catarrale, ma si decide finalmente un intervento nella tema di lasciare ignorato un calcolo del coledoco.

In altri casi sono i sintomi, caratterizzati come caratteristici di un ittero calcoloso, che orientano verso questa diagnosi. Le fluttuazioni nella intensità dell'ittero e della decolorazione delle feci sono state a questo riguardo messe in valore da Dieulafoy; in occasione di queste fluttuazioni l'ittero può anche assumere una intensità tale che, con la sua tinta verdastra, sembra imporre la diagnosi di una ritenzione meccanica. La sensibilità del fegato, che si osserva talora nel corso dell'ittero catarrale prolungato costituisce un'altra causa di errore, poichè essa realizza un falso punto di Murphy nella regione vescicolare; ma se, in questi casi, si esplora in inspirazione forzata tutto il bordo inferiore del fegato e specialmente la punta del lobo destro, si constata che questa regione è altrettanto e anche più dolente che la zona vescicolare. Il fegato può essere leggermente aumentato di volume nell'ittero catarrale prolungato ed in questo caso è difficile non pensare al grosso fegato delle ritenzioni biliari litiasiche; d'altra parte, essendo questa epatomegalia moderata, non si può concludere formalmente su questo segno.

Quando esistono delle crisi dolorose nel corso dell'ittero o negli antecedenti immediati o lontani, il clinico evoca immediatamente l'idea della colica epatica, che è così spesso di un peso decisivo per la diagnosi di calcolo del coledoco. Ora, gli AA. hanno osservato con grande frequenza nel corso degli itteri catarrali prolungati e di certe categorie di itteri catarrali la tiflo-colite; ritengono pertanto che queste crisi dolorose debbano essere precisate con grande minuzia perchè non raramente, ad un interrogatorio più preciso, risultano avere la loro origine nel distretto ileo-cieco-appendicolare.

L'apiressia dell'ittero catarrale prolungato si oppone schematicamente alle puntate termiche accompagnate da brividi e da recrudescenza dell'ittero che appartengono al calcolo del coledoco. Ma vi sono degli itteri calcolosi apiretici.

Il sondaggio duodenale dà risultati variabili nei due casi; la radiografia epato-vescicolare non dimostra che raramente il calcolo.

La prova della galattosuria può aiutare la diagnosi ma i suoi risultati debbono in queste circostanze essere interpretati con grande prudenza. Nell'ittero litisiaco non è solo in gioco la stasi biliare; l'epatite può intervenire con

una importanza variabile, talora considerevole. I risultati di una galattosuria provocata, praticata all'inizio dell'ittero saranno in favore del calcolo se l'eliminazione del galattosio non è che leggermente aumentata. Parleranno per l'ittero catarrale se l'eliminazione appare subito considerevolmente elevata e tende a diminuire molto lentamente e molto progressivamente. Quando l'evoluzione è più avanzata, la prova del galattosio, ripetuta regolarmente, conserva in ciascuna delle due affezioni, il suo valore per la prognosi, ma per la diagnosi resta discutibile. Tutto al più si può dire che dalle cifre elevate di galattosio si osservano raramente nell'ittero litisiaco se non si sono avuti molti episodi febbrili ed un interessamento dello stato generale. Bisogna ancora ricordare che i disturbi galattopessici tendono generalmente ad accentuarsi nel calcolo del coledoco ed al contrario a migliorare molto precocemente, per quanto incompletamente, nell'ittero catarrale prolungato.

In definitiva, l'assenza di crisi con i netti caratteri della colica epatica, l'apiressia, il volume normale o poco aumentato del fegato, i disturbi funzionali da epatite precoci e con tendenza ad attenuarsi restano i segni migliori in favore dell'ittero catarrale prolungato in confronto dell'ittero litiasico.

Infine quando, in casi simili, l'esplorazione chirurgica permette di concludere per l'assenza di calcolo del coledoco, come si deve interpretare la genesi dell'ittero? Gli AA. pensano che in casi di questo genere la prova della galattosuria può essere di grande utilità ed in molti casi mette in evidenza l'esistenza di una epatite.

Questi i più gravi problemi di diagnosi differenziale che pone l'ittero catarrale prolungato. Non bisogna però credere che tutti gli itteri catarrali prolungati siano di diagnosi ardua.

Inizialmente l'ittero catarrale è assai spesso simile al più banale ittero catarrale. È dunque difficile prevedere la sua soluzione ulteriore ed è spesso una sorpresa il non osservare alla fine di 2-3 settimane l'attesa crisi (ricolorazione delle feci, scomparsa rapida dei disturbi funzionali epatici, scomparsa dell'ittero) ed assistere ad alternative di accentuazione e di attenuazione dell'ittero.

Nonpertanto alcuni sintomi anormali possono richiamare l'attenzione. Il fegato degli itteri catarrali prolungati è spesso un po' aumentato di volume, sensibile e di consistenza presso a poco normale. Più raramente è grosso e duro. Questa epatomegalia persiste un tempo variabile dopo la scomparsa dell'ittero e talora è solo dopo varie settimane o vari mesi dopo la guarigione che si può constatare un fegato normale ed escludere da ciò l'esistenza di una cirrosi latente anteriore dell'ittero.

Possono presentarsi delle emorragie intestinali ,degli edemi e una leggera ascite, non c'è febbre, lo stato generale resta buono, la prova della galattosuria dimostra, come nel corso di ogni ittero catarrale banale, l'esistenza di una epatite parenchimatosa diffusa.

Ma più che i sintomi è il modo di guarire che caratterizza l'ittero catarrale prolungato.

Non si osserva una vera crisi come nell'ittero catarrale. Si vede apparire uno degli elementi della crisi, sia una ricolorazione parziale delle feci, sia un aumento molto lento e progressivo della diuresi, ma la guarigione completa tarda ancora delle settimane e anche qualche mese. La galattosuria dimostra una tendenza precoce al miglioramento dei disturbi funzionali, ma un lento ritorno alle condizioni normali. Essa dimostra che bisogna essere prudenti prima di abbandonare a sè stessi questi ammalati.

L'etiologia e la patogenesi dell'ittero catarrale prolungato comportano molte oscurità. Il fattore primitivo è una epatite diffusa acuta. La tendenza al prolungamento sembra risiedere nella meno perfetta capacità del fegato a riparare le sue lesioni. Gli AA. richiamano a questo riguardo l'attenzione sui disturbi ileoceco-appendicolari consistenti in un rallentamento del transito ileale, disturbi frequentissimi in questi casi, e che potrebbero avere un rapporto con la patogenesi di questi itteri.

Quanto alla condotta da tenere in presenza di un ittero catarrale prolungato gli AA. non hanno constatato reali vantaggi dai drenaggi duodenali ripetuti. Quanto poi alla colecistotomia, i suoi vantaggi in questa affezione non sono sufficientemente evidenti per esporre questi malati, in piena epatite, ai rischi di una anestesia e di uno choc operatorio.

C. TOSCANO.

## Le angiocolecistopatie latenti.

(M. SLONIM. *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition*, giugno 1931).

I malati di angiocolecistite si rivolgono al medico in genere solo in occasione di fenomeni dolorosi: ma la affezione non è cominciata in questo momento, bensì parecchio tempo prima all'insaputa dei pazienti stessi.

I sintomi iniziali delle angiocolecistopatie latenti sono stati illustrati da Moynihan, Chauffard ed altri: fissando l'attenzione su questi segni, si può fare la diagnosi precoce in molti casi e curarli in tempo. È necessario anzitutto raccogliere una accurata e minuziosa anamnesi: ci colpiranno così in primo luogo le manifestazioni di spasmo da parte delle diverse regioni dell'apparato digerente e prima di tutto dell'esofago.

Poichè lo spasmo dell'esofago è presente nel 20 % dei casi, bisogna in tutti i malati che ne soffrono, ricercare la sua causa nelle vie biliari.

Alcuni pazienti hanno difficoltà ad ingoiare i cibi compatti e spesso avvertono una oppressione penosa nella regione interscapolare, talvolta invece nella regione retrosternale.

Da parte dello stomaco i fenomeni di spasmo si manifestano con dolori di breve durata all'epigastrio ed all'ipocondrio sinistro e qualche volta con dolori sordi nella regione del colon discendente.

Molto di frequente (70 % dei casi) si osserva una costipazione spastica. Più rare sono le diarree che assumono il carattere di diarrea prandiale: durante il pasto principale o subito dopo il paziente avverte un bisogno imperioso di defecare ed emette abbondanti feci liquide con molta bile.

In alcuni casi è evidente l'influenza del sistema nervoso sulla funzione motrice delle vie biliari. In alcuni malati molto tempo prima della colica epatica si sono verificate delle emicranie con dolori nella regione occipitale. Al termine degli accessi si avevano vomiti biliari abbondanti. In altri pazienti si sono avute delle vertigini, come unica manifestazione dell'angiocolecistopatia latente: tali vertigini sono le manifestazioni delle irradiazioni delle vie biliari per il nervo vago al suo nucleo e di là sul nucleo del nervo vestibolare.

Sintomi da non trascurarsi sono le sensazioni dolorose, alla scapola ed alla spalla destra erroneamente riportati a fenomeni reumatici o ad affezioni degli apici polmonari. Queste sensazioni dolorose possono essere di vario grado e di vario aspetto, ma sono importanti perchè in rapporto con uno stato spastico delle vie biliari.

Degne di nota sono anche le manifestazioni dispeptiche della angiocolecistite latente: le sensazioni subiettive vanno dalla pesantezza a livello dell'epigastrio fino alla sindrome pilorica; l'esame del succo gastrico rivela un abbassamento considerevole della acidità fino alla achilia completa e solo di rado, negli stadi più avanzati si osserva un aumento della acidità.

Concludendo si può affermare che la accurata ricerca anamnestica, l'apprezzamento dei piccoli sintomi e delle irradiazioni dolorose, permetteranno di fare, sia pure approssimativamente, la diagnosi delle angiocolecistopatie latenti. Tale diagnosi sarà confermata dalla ulteriore osservazione dei malati, dalla esplorazione della funzione motrice dei dotti biliari per mezzo del sondaggio duodenale e dalla colecistografia.

Istituendo precocemente cure adatte dietetiche e medicamentose si tenderà con successo a diminuire il numero dei malati aventi bisogno della estirpazione della cistifellea, organo di importante funzione multipla e complessa.

VICENTINI.

## Sul trattamento delle malattie del fegato e delle vie biliari.

(E. LAUDA. *Medizinische Klinik*, 28 sett. 1934).

Un recente articolo dell'A. riassume l'aspetto attuale del problema, considerando dal punto di vista eminentemente pratico i molteplici trattamenti proposti per la terapia epato-biliare.

Soffermandosi sulle malattie del parenchima epatico, dall'ittero parenchimatoso semplice, all'atrofia giallo acuta, all'ittero tossico, fino alla cirrosi, l'A. fa notare che la terapia causale raramente può essere effettuata, a parte naturalmente la soppressione dei tossici; non ci rimane che ricorrere alla difesa della cellula epatica; in prima linea dunque sarà eliminato tutto ciò che aggrava il suo lavoro, dunque anzitutto le albumine (specie animali) e i grassi; la dieta idrocarbonata appare come la più indicata non solo perchè risparmia la cellula epatica, ma anche perchè sembra che il contenuto in glicogeno della cellula epatica rappresenti per essa una protezione efficace. Difatti non solo il glicogeno scompare nel processo degenerativo del fegato, ma tale scomparsa costituisce la prima tappa verso la lesione definitiva come è stato dimostrato sperimentalmente. Accanto alla somministrazione di glucosio da solo è invalso attualmente l'uso dell'associazione glucosio-insulina; secondo i dati dell'A. tale pratica non avrebbe avuto alcun collaudo sperimentale o clinico ed è giustificata solo dalla scarsità dei nostri mezzi terapeutici in questo campo. Con questi mezzi si esauriscono le nostre possibilità della terapia interna delle lesioni della cellula epatica; possono esservi ancora considerati i tentativi di terapia sostitutiva con estratti epatici; sembra che quest'ultimi, destinati comunemente a combattere le sindromi anemiche, possono esplicare un'influenza favorevole sullo stato generale di alcuni cirrotici. Sono da proscriversi, se non in dose molto blanda, i medicamenti coleretici, i quali spesso esplicano azione tossica sulla cellula epatica. Accanto alla terapia sintomatica vanno considerati ancora i mezzi fisici, come le applicazioni calde e la diatermia; con questa ultima Stern avrebbe osservato sperimentalmente un aumento del glicogeno epatico; Frisch e Lasch avrebbero costato un miglioramento di funzionalità epatica in seguito ad applicazioni diatermiche; Goldberger riferisce su buoni risultati clinici ottenuti con tali applicazioni.

Passando alla questione del trattamento delle malattie delle vie biliari, l'A. fa notare come la recente differenziazione in medicamenti coleretici e colagoghi ha importanza più dottrinale che pratica, inquantochè quasi tutti i farmaci dell'uno godono anche le proprietà dell'altro gruppo. L'eccezione è rappresentata dai medicamenti che agiscono sul vago, del tipo della pituitrina, di cui l'azione si limita allo svuotamento delle vie biliari. Fra i più potenti colagoghi sono da annoverarsi gli acidi dei sali biliari; fra questi il più potente è il sale sodico dell'acido deidrocolico (la decholina); accanto a questi esiste tutta una

moltitudine di farmaci dall'azione più blanda, ma appunto per questo spesso più opportuna come p. es. i sali tipo Carlsbad ecc. Il campo dell'azione dei colagoghi intensi deve essere piuttosto limitato; da una parte per la esistenza di lesioni parenchimatose, così frequenti nei processi colangitici cronici; dall'altra parte la contemporanea presenza di calcoli biliari deve renderci prudenti nell'applicazione di questi colagoghi che possono non solo provocare una colica transitoria, ma determinare anche un incuneamento del calcolo finora mobile, con tutte le temibili conseguenze della chiusura del coledoco. L'A. raccomanda dunque l'applicazione endovenosa della decholina solo nei processi colangitici acuti e non complicati da calcolosi; in questi realmente essa spesso può essere considerata come una cura abortiva; in tutti gli altri casi sono consigliabili mezzi più blandi e somministrazione per os; è inutile sperare in un passaggio del calcolo nel duodeno per virtù di un aumento di vis a tergo; se tale passaggio non è ostacolato dalla grandezza del concremento, questo può trovare la via da sè coadiuvato eventualmente da antispasmodici come per es. la belladonna. L'A. considera perciò controindicata la terapia proposta da Bergmann il quale preconizza l'applicazione della decholina associata all'estratto di ipofisario e a lavaggi duodenali con solfato di magnesio.

I colagoghi blandi sono raccomandabili non perchè riescono ad espellere i calcoli, ma perchè favoriscono il drenaggio delle vie biliari e accanto ad una disinfezione indiretta alleviano in tal modo la stasi epatica. Naturalmente la terapia medicamentosa sarà associata ad opportune norme dietetiche. Per quel che riguarda la possibilità della disinfezione chimica delle vie biliari, l'A. in base alla propria esperienza si dimostra scettico verso i soliti disinfettanti, tipo urotropina, anche se applicati per via endovenosa; egli mette in dubbio che la scissione con la liberazione di principi attivi avvenga al livello desiderato, o avvenga in genere; raccomanda perciò di usare piuttosto gli antisettici generali come l'argento colloidale, la tripaflavina ecc.

Nelle malattie croniche delle vie biliari l'azione favorevole delle cure idrominerali eseguite nei luoghi stessi delle sorgenti è indubbia per quanto il meccanismo d'azione rimane ancora oscuro. Sta di fatto che le acque imbottigliate si dimostrano molto meno efficaci, forse per la diversa ionizzazione di esse. Vanno ancora ricordati i lavaggi duodenali con solfato di magnesio (100-300 cc. di soluzione) con olio di olive (100 cc.) o con acqua di Calsbad; ma anche qui occorre un certo discernimento; secondo l'A. la loro applicazione è raccomandabile sopratutto in casi tendenti alla cronicità. L'organoterapia a base di estratti delle vie biliari proposta da Luetkens e Gehrke sarebbe del tutto illusoria.

Naturalmente non va trascurata anche la cura sintomatica in prima linea quella del prurito cutaneo delle stasi biliari che costituisce spesso il tormento del malato e del medico; qui accanto ai rimedi esterni (polverizzazioni e bagni con polveri inerti, pomate all'ittiolo, mentolo ecc.) spesso si rendono utili i colagoghi blandi come p. es. il calomelano; talora è indispensabile ricorrere ai narcotici.

Il problema delle indicazioni della cura chirurgica, la quale spesso costituisce l'ultima risorsa terapeutica non può essere risolto in modo generico. Ogni caso va valutato individualmente; accanto ai fattori di indole organica come lo stato generale e l'età che hanno spesso l'influenza decisiva sull'esito dell'operazione, si tengano di conto anche le condizioni sociali del paziente, le sue possibilità economiche, il suo temperamento. Le statistiche chirurgiche sono tutt'altro che univoche anche per la loro scarsa eloquenza e poca sicurezza dei dati; difatti quanti casi dimessi dal chirurgo e da lui in buona fede annoverati fra quelli a esito positivo, ritornano dall'internista? Ma anche il temporeggiare può essere pericoloso: la possibilità della colemia deve spesso affrettare la decisione dell'intervento.

Il problema dunque è ancora lontano dalla sua risoluzione; qui come altrove le considerazioni generali esposte possono servire solo da direttive nella valutazione di ogni singolo caso di cui la cura non può essere che individuale.

S. MINZ

## MISCELLANEA.

### Studi sulla intossicazione da polipeptidi.

(P. AURAL, J. CH. ROUX, GOIFFON. *Presse Méd.*, 14 nov. 1934).

I polipeptidi provengono dalla disintegrazione delle albumine e sono composti dalla riunione di parecchie molecole di amino-acidi. Esistono normalmente nel sangue e nelle urine degli uomini in equilibrio biologico normale, ma il tasso di escrezione per il rene è molto inferiore al tasso dei polipeptidi nel sangue.

Normalmente il tasso nel sangue non oltrepassa i 20 mgr. e nelle urine i 10 mgr., cifre espresse in tirosina; esistono però notevoli variazioni individuali.

Quanto alla origine dei polipeptidi sanguigni normali, le albumine eterogenee alimentari non hanno alcuna importanza quando la loro quantità è normale o meglio abituale.

I polipeptidi sanguigni normali provengono dalla distruzione costante delle cellule dell'organismo, dalla trasformazione delle albumine tissulari autogene e sono l'espressione della morte delle nostre cellule.

La sorte dei polipeptidi normali è triplice: una parte è eliminata in natura per le urine, una parte è trasformata in urea dal fegato, una

parte viene fissata di nuovo dai tessuti, specie dai muscoli, per la ricostruzione delle albumine tissulari.

I polipeptidi sono dei corpi tossici che a dose piccola e abituale sono perfettamente tollerati dall'organismo. Ma l'esperimento e l'osservazione clinica tendono a provare che fegato e rene sono incapaci di fare rapidamente lo sforzo necessario per sbarazzare l'organismo di una dose di questi corpi tossici anormalmente elevata e brutalmente iniettata in circolo. I fattori massa e rapidità di penetrazione sono capitali.

Per studiare l'intossicazione da polipeptidi gli AA. sono partiti da un caso semplice, osservando ciò che avviene negli operati. L'atto chirurgico devitalizza una massa più o meno grande di tessuto. Questa alterazione delle albumine tissulari crea dei polipeptidi che invadono il sangue a dosi massive e brutalmente.

L'operazione crea così una intossicazione da polipeptidi e poichè gli operati sono molto spesso individui a fegato e reni assolutamente normali, l'operazione può essere considerata come una vera intossicazione sperimentale in un soggetto normale.

Questo stato post-operatorio è quello che si chiama shoc operatorio, azotemia post-operatoria e attualmente la malattia operatoria

La prova che questo stato è una intossicazione è la constatazione di un aumento della polipeptidemia negli operati.

Le altre patogenesi invocate per spiegare la genesi della malattia operatoria non resistono alla critica. Lo shoc nervoso non è primitivo, ma secondario alla intossicazione del sistema nervoso per azione elettiva dei polipeptidi.

I polipeptidi hanno un'azione elettiva sui tessuti omologhi a quelli da cui si sono originati: muscolo sul muscolo, fegato sul fegato. E questa azione provoca nei tessuti attaccati la formazione di nuovi polipeptidi. Così l'operazione non fa che scatenare il primo tempo di una intossicazione di cui il secondo tempo può non essere proporzionale al primo, donde la discordanza frequente fra l'importanza del trauma tissulare iniziale ed il grado dell'intossicazione da polipeptidi; il fattore personale deve intervenire in questi casi apparentemente paradossali.

L'organismo si difende con varî meccanismi dalla iperpolipeptidemia. Intervengono innanzi tutto i tessuti, specie i muscoli, fissando i polipeptidi. Il fegato trasforma una parte di essi in urea, ciò che provoca l'iperazotemia post-operatoria. Questa iperazotemia non è però costantemente ed esattamente parallela all'iperpolipeptidemia, essendo l'azione proteolitica del fegato rispetto ai polipeptidi variabile in ogni soggetto.

Il rene elimina una parte dei polipeptidi ma lentamente. Fegato e rene non sono capaci di difendere immediatamente l'organismo contro una massa anormale di polipeptidi.

Un altro meccanismo di difesa spontanea dell'organismo contro i polipeptidi è la spoliazione del cloro sanguigno. L'iperazotemia post-operatoria si accompagna regolarmente ad ipocloremia; i tessuti contusi, devitalizzati hanno un contenuto di cloro più che doppio; la somministrazione di sale ha un effetto preventivo contro l'iperazotemia post-operatoria e curativo nelle intossicazioni da polipeptidi; il sale ingerito ad alta dose non è eliminato per le urine, ma sembra che si fissi sui tessuti per difenderlo.

Sono tutti fatti che dimostrano l'importanza protettiva del cloro.

Gli AA. hanno studiato ancora il comportamento della polipeptidemia nelle scottature, nelle quali si distrugge istantaneamente una massa talora enorme di tessuto, ed hanno constatato che negli scottati l'iperpolipeptidemia è considerevole, massiva e immediata. Il suo grado e la sua persistenza sono elementi certi della prognosi nei primi giorni, prima della comparsa del periodo di infezione. Negli scottati l'esame dell'urea del sangue, dei polipeptidi sanguigni e urinari, del cloro del sangue dà esattamente gli stessi risultati che nell'azotemia post-operatoria. L'intossicazione è la stessa, le reazioni dell'organismo sono identiche.

Gli AA. hanno poi ricercato se in stati clinici ben definiti l'intossicazione da polipeptidi non poteva essere alla base dei fenomeni osservati. Hanno così trovato una iperpolipeptidemia notevole in un caso di eruzione serica con sintomi generali gravi. Nel cancro hanno trovato una iperpolipeptidemia costante, tanto più importante quanto più è avanzata la cachessia cancerosa e che scompare dopo l'ablazione del tumore, tanto da far pensare che la cachessia cancerosa possa essere dovuta all'azione sull'organismo dei polipeptidi nati dal tumore, dati anche i miglioramenti che nello stato generale dei cancerosi provoca la terapia clorurata. Così gli AA. avanzano l'ipotesi che ad intossicazione da polipeptidi possano esser dovuti la malattia da raggi X, i vomiti tossici della gravidanza, l'avvelenamento da funghi, mentre mettono in evidenza l'importanza dell'intossicazione da polipeptidi nell'uremia, nella cirrosi epatica.

È tutta una nuova e feconda via che si apre ai ricercatori. C. TOSCANO.

## La cura dell'avvelenamento da bicloruro di mercurio.

(W. B. PORTER e C. E. SIMONS. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, sett. 1934).

Gli AA. hanno studiato 46 casi di avvelenamento per sublimato corrosivo. Videro solo 3 morti (cioè 6,5 %).

Attualmente non conosciamo un antidoto del sublimato, per questo essi curarono i malati sintomaticamente e seguendo la probabile patogenesi delle lesioni mortali.

Gli effetti del sublimato sul tratto digerente si possono paragonare a quelli di una scotta-

tura cutanea estesa. A volte lo shock e la depressione circolatoria sono tali da dare la morte in poche ore; più spesso invece si può avere una precoce insufficienza renale. In un caso l'anuria ebbe inizio subito dopo l'ingestione e durò 192 ore e si ebbe la guarigione sebbene la creatinina del sangue avesse raggiunto mg. 12,2 %.

L'insufficienza renale compare subito dopo l'ingestione nei casi in cui sono state prese grandi quantità di sublimato e in cui gli effetti corrosivi sono stati imponenti. Ciò è dovuto in parte all'azione diretta del mercurio sui capillari dei glomeruli, ma è più largamente dovuta alla concentrazione del sangue e alla perdita degli elettroliti dovute allo shock e più specificamente attraverso l'innervazione vasomotoria dello splancnico e dei vasi renali.

Dopo le prime 24 h. la insufficienza renale è la complicazione più importante ed è dovuta direttamente alle lesioni prodotte sul rene dal mercurio assorbito, che sono rappresentate da una necrosi delle cellule epiteliali dei tubuli contorti.

I glomeruli appaiono normali se si eccettua un certo grado di congestione e a volte tumefazione e desquamazione dell'epitelio capsulare. Si trova la spiegazione plausibile di questi fatti nella forte concentrazione del filtrato glomerulare che si verifica nei tubuli, perchè certamente il mercurio è eliminato per i glomeruli concentrati nei tubuli.

Secondo Cushny 1 litro di urina è formato da 63 litri di filtrato glomerulare. L'uremia fatale da nefrosi appare nei casi che soccombono dopo le 48 h. In questo periodo le cellule necrotiche che si accumulano nel lume dei tubuli urinari, e così il blocco meccanico dei tubuli può spiegare l'arresto della filtrazione glomerulare.

La formazione dei cilindri ancora non è compresa nettamente; si sa che sono composti di proteina e di detrito di cellule epiteliali

Meyler crede che l'acidità urinaria riduce la frazione globulinica al suo punto isoelettrico e che la precipitazione di questa proteina forma i cilindri. Quel che è certo è che il sangue e le proteine dei tessuti sono meno solubili nell'urina acida che ha pH di circa 5 che non nell'urina alcalina che ha pH di circa 7,8. I punti isoelettrici della siero-albumina e della siero-globulina hanno pH rispettivamente uguale a 4,7 e 5,7. Il punto di minima solubilità corrisponde alla media acidità urinaria. Per questo è consigliabile usare il bicarbonato di sodio per alcalinizzare le urine.

In tutti i malati con più di 20.000 leucociti, gli eritrociti erano 5.000.000 o più e nei malati in cui i cloruri del plasma erano al di sotto del normale; si ebbe come cifra più piccola di cloruro sodico 186 mg. per cento e come cifra più alta 420. Quindi si deve usare una soluzione che migliori la disidratazione e che sostituisca gli elettroliti del plasma.

Il colon è una importante via di eliminazione del mercurio. Le irrigazioni del colon probabilmente non impediscono la colite, ma riducono l'assorbimento del mercurio eliminato.

È ovvio che l'estrazione del mercurio dallo stomaco col lavaggio gastrico è il procedimento più importante per ridurre la morbilità e la mortalità. Per il lavaggio si usa una soluzione satura di bicarbonato di sodio, perchè gli albuminati formati dal contatto del mercurio colla mucosa gastrica, le proteine e la mucina sono rapidamente solubili in una soluzione alcalina e quindi la rimozione del mercurio è più completa.

Il lavaggio si continua finchè il liquido rifluisce chiaro e si ripete ogni 12 ore per i primi 5 giorni e anche di più se l'analisi chimica del liquido di lavaggio rivela ancora mercurio.

Si dà subito morfina dopo il primo lavaggio e si ripete ad intervalli secondo il grado di shock, il vomito e il dolore. Si fa anche subito un'iniezione endovenosa di 500 cc. di soluzione di bicarbonato al 5 % e ipodermoclisi di 1000 cc. di soluzione fisiologica e si ripetono queste 2 iniezioni ogni 12 ore finchè persiste il vomito.

Ogni 3 ore si danno 5 gr. di bicarbonato durante il giorno e ogni 4 ore di notte. La quantità di bicarbonato si può variare fino ad ottenere urine alcaline.

La quantità giornaliera di liquido dev'essere di almeno 5000 cc. nell'adulto dando acqua per bocca.

L'alimentazione si fa con 500 cc. di succo di arancio, 1000 cc. di latte e 100 gr. di betalattosio. Si aggiunge un uovo appena il vomito è cessato. Se il vomito non permette ingestione per bocca si fa fleboclisi di soluzione di glucosio al 10 % fino a dare almeno 1000 calorie. La soluzione di bicarbonato può essere data con quella glucosata.

Qualche volta dopo 1 settimana non è più possibile l'alimentazione orale, allora si fa una gastrostomia.

Ogni giorno si farà un clistere con bicarbonato al 5 % fino a guarigione. R. LUSENA.

# DIVAGAZIONI

## Le malattie della sedentarietà.

(M. LABBÉ. *Presse Méd.*, 24 nov. 1934).

Il danno della vita sedentaria è noto da lungo tempo. Essa provoca, nei giovani come nei vecchi, un rallentamento degli scambi tissulari che provoca una serie di mali che gli antichi autori francesi raggruppavano sotto il nome di artritismo.

L'obesità, il diabete, la costipazione, le emorroidi sono i primi mali ai quali si pensa, ma non sono i soli. Tutti i tessuti, tutti i sistemi, tutte le funzioni fisiologiche, tutti i visceri soffrono per la vita sedentaria che distrugge l'equilibrio della nutrizione.

L'equilibrio della nutrizione dipende fondamentalmente da una equivalenza fra gli introiti alimentari e le spese energetiche dell'organismo. Se le spese, in conseguenza della sedentarietà, diminuiscono, l'equilibrio, a meno che contemporaneamente non diminuiscano le entrate, è rotto e il grasso aumenta. Tale è l'origine della obesità che consegue ad una immobilizzazione prolungata.

L'obesità dei sedentari si distingue, per lo sviluppo preponderante delle regioni delle cosce e per la mollezza dei tessuti, dall'obesità dei grandi mangiatori che è caratterizzata dallo sviluppo degli organi addominali. Essa è meno dannosa dell'obesità dei grandi mangiatori, nel corso della quale si vedono comparire il diabete, la gotta, la litiasi renale, le malattie del fegato, la malattia di Bright. Ma, per poco che il soggetto unisca la sovralimentazione con la sedentarietà, si vede l'obesità accompagnarsi alle malattie suddette.

La prima conseguenza della sedentarietà si fa risentire sull'apparato locomotore. Il muscolo non si sviluppa più o subisce una regressione dal punto di vista del suo volume come della sua capacità funzionale. La sostanza azotata non si fissa nell'organismo che a condizione che il soggetto faccia funzionare i suoi muscoli.

Le conseguenze patologiche della sedentarietà sono differenti nel bambino, nell'adulto e nel vecchio.

È nel bambino in crescenza che la sedentarietà è più dannosa. Essa è in opposizione assoluta con la vita del bambino che è fatta di esercizio, di gioco, d'attività incessante. Il difetto di esercizio produce un arresto di sviluppo del sistema muscolare e la debolezza muscolare può essere così pronunciata da far credere a prima vista ad una paralisi. Nei casi leggeri, in lui la debolezza degli arti inferiori non è così grande, essa è però tale che il bambino evita il movimento e acquista l'abitudine al riposo; esso tende a divenire un sedentario inveterato che non potrà mai più ricuperare le forze perdute.

Nell'adulto la sedentarietà è la conseguenza o di una professione o di un accidente o di una malattia immobilizzante o di un'abitudine inveterata datante dall'infanzia. Se lo stomaco è buono e l'appetito sveglio, l'insufficienza muscolare si accompagna ad obesità.

Nei vecchi la sedentarietà è una delle cause della cachessia progressiva e della senilità. Essa ostacola il mantenimento dell'equilibrio nutritivo, impedisce il suo ristabilimento dopo una malattia accidentale, in modo tale che, attraverso una riduzione lenta che le malattie o gli accidenti possono accelerare, il soggetto perviene poco a poco ma irrimediabilmente alla cachessia senile.

Tutte le parti dell'apparato locomotore sono colpite dalla sedentarietà: i muscoli, le articolazioni, le ossa.

La funzione respiratoria, che è alla base delle ossidazioni e delle combustioni nei tessuti, è gravemente alterata. I polmoni perdono la loro elasticità, la circolazione sanguigna si compie male, le basi polmonari si congestionano, la gabbia toracica non si sviluppa e il soggetto non può sostenere gli sforzi.

Il difetto di esercizio fisico influenza l'apparato digestivo per due meccanismi: in primo luogo per l'assenza di appetito e per la difficoltà digestiva, in seguito per uno sviluppo insufficiente dei muscoli dell'addome e per una insufficienza delle fibre lisce dello stomaco e dell'intestino. Da questi difetti risultano le dilatazioni gastriche, le ptosi addominali multiple, la costipazione, le fermentazioni intestinali e in definitiva uno stato di dispepsia cronica che ostacola la crescenza e diminuisce il capitale salute.

La stessa relazione fra esercizio e vigore dei muscoli lisci dell'utero è stata osservata dagli ostetrici; le donne di città a vita sedentaria partoriscono con minore facilità delle donne della campagna occupate nei lavori dei campi, nelle quali l'utero si contrae con più energia.

La sedentarietà agisce in modo molto sfavorevole sulla circolazione sanguigna e linfatica, donde un rallentamento circolatorio, che è causa di cianosi, raffreddamenti, varici, emorroidi, ed un rallentamento della corrente linfatica che è causa di precipitazione e deposito delle sostanze minerali disciolte. Sembra che il difetto di esercizio favorisca il deposito e la precipitazione dell'acido urico nei tessuti di gottosi, dei sali di calcio nella gotta calcare, e forse anche della colesterina.

Anche la vita psichica degli individui è sfavorevolmente influenzata dalla sedentarietà. Mentre l'esercizio, che sviluppa la forza, esalta nell'uomo sano la confidenza in sè stesso, la fierezza, la dirittura ed il coraggio, il difetto di esercizio crea dei soggetti senza energia morale.

La nozione del danno della sedentarietà specie durante la giovinezza deve essere dunque ben chiara nello spirito dei medici e degli educatori.

C. TOSCANO.

## CENNI BIBLIOGRAFICI

E. HEY GROVES. *Synopsis of Surgery*. John Wrigth & S. Ltd. Bristol, 1934. Sc. 17.

L'A. ha schematizzato, in quadri sinottici, la patologia chirurgica, facendo un'opera che può riuscire altamente utile sia al pratico, che allo studioso. Sono messi in particolare luce i caratteri, che possono servire per la diagnosi differenziale fra lesioni simili. I varî capitoli, contrariamente a quello che uno potrebbe a prima vista credere, sono completi ed esposti con ammirevole chiarezza.

Una traduzione del volumetto in italiano, non potrebbe che incontrare larghissimo favore.

V. LOZZI.

F. PAYR. *Gelenksteifen und Gelenkplastik*. Vol. I°, di 880 pagg., con 240 fig. in parte a colori. J. Springer ed. Berlino, 1934. Rm. 120.

Il Payr essendosi accinto a raccogliere in un libro i dati della sua vasta esperienza sulla tecnica delle artroplastiche, è stato portato ad allargare di molto la trattazione per impostare, su uno studio profondo e dettagliato dell'argomento, il problema fondamentale delle indicazioni e delle controindicazioni: ne è risultata un'opera imponente per mole e per ricchezza di contenuto, nella quale tutto il capitolo delle rigidità articolari e della loro cura è sviscerato a fondo in una esposizione organica e completa in ogni sua parte.

In questo primo volume l'A., dopo un succoso capitolo sulla biologia normale e patologica delle articolazioni, tratta dettagliatamente l'eziopatogenesi, l'anatomia patologica e la fisiopatologia delle anchilosi. Espone successivamente tutte le conoscenze che si hanno sulla biologia delle neoartrosi (e i problemi connessi riguardanti la rigenerazione dei costituenti articolari) nonchè i risultati degli studi sperimentali sulle artroplastiche.

I capitoli seguenti trattano della clinica delle anchilosi: interessantissimo fra l'altro lo studio completo della fisiologia patologica delle anchilosi e l'esposizione dettagliata di tutti i problemi diagnostici, specialmente di quelli connessi con l'infezione latente.

Chiude e conclude il volume la discussione sulle indicazioni e le controindicazioni, con uno studio sulla prognosi delle artroplastiche.

Un lavoro imponente come risulta da questi brevi cenni e fondamentale, data la competenza e l'esperienza del Payr in materia. Un libro infine che non rappresenta una semplice opera di consultazione ma che, per il senso clinico con cui l'argomento è trattato, sarà letto con profitto grandissimo da qualsiasi chirurgo.

E. V.

PERICLE CARLINI. *L'aborto nel campo giudiziario*. Milano, 1934. Società Palermitana Editrice Medica. Pagg. 245. L. 25.

È questo un interessante volume, utilissimo a quanti, medici e magistrati, sono portati a dare il loro giudizio sul delitto di procurato aborto; delitto in realtà non sempre tale, in quanto oggi per eccesso di zelo, vengono non di rado denunziate all'Autorità Giudiziaria non soltanto donne che abbiano abortito spontaneamente e molte volte desiderose di prole, ma perfino ragazze affette da anomalie della mestruazione. Ora il Carlini, dopo un'introduzione storico-medico-legale sul delitto di aborto procurato, nella quale il fenomeno viene considerato nei suoi molteplici aspetti e nelle ripercussioni sociali-demografiche, viene a stabilire i criteri di imputabilità, quelli sui quali fondare la diagnosi istologica di pregresso aborto; quelli utili per fissare l'età della gravidanza. Un capitolo, ricco di argomentazioni originali, è dedicato all'aborto procurato nella gravidanza extrauterina; un altro non meno interessante, all'aborto procuratosi dalla stessa donna. Segue poi una serie di perizie su svariati casi, nei quali l'A. fu chiamato ad esprimere il suo parere; casi che si può dire rappresentino tutte le eventualità su questo tema e, che possono servire di utile guida a chiunque sia chiamato a dare un qualche responso in contingenze analoghe. La ricchezza di citazioni bibliografiche, ostetrico e medico-legali ed il modo onde sono prospettate le varie questioni e come furono risolte dalle varie Corti di Giustizia, rende la lettura del volume quanto mai istruttiva ed interessante. Chiude il volume una appendice sui testi legislativi italiani; sulla Giurisprudenza italiana e sulla Legislazione straniera.

R. B.

# APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

## CASISTICA E TERAPIA.

### Sulle idronefrosi ignorate.

Pr. Merklen e F. Bilger (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 12 nov. 1934) richiamano l'attenzione sulle idronefrosi dolorose e ignorate che sono alla base di numerosi errori di diagnosi nella pratica corrente.

Tutti i medici conoscono questi malati che si lagnano di sensazioni penose nell'addome, più o meno subcontinue, o intermittenti, o a tipo di grandi crisi, spesso senza segni funzionali determinati. L'esame dei differenti visceri non apporta alla diagnosi basi indiscutibili ciò che porta a divergenze di vedute nei pratici e ad interventi di cui la inopportunità è poi rivelata dalla persistenza delle sofferenze. In casi di questo genere è in causa spesso una idronefrosi.

Julien, nella sua tesi fatta per suggerimento di uno degli AA., distingue delle forme urinarie ed extraurinarie. Fra queste ultime egli descrive delle forme utero-annessiali e, ciò che interessa specialmente, delle forme dispeptiche che prendono l'aspetto di affezioni appendicolari, gastro-intestinali o epato-vescicolari.

Su 436 idronefrotici egli ha trovato 81 malati nei quali si era concluso per una appendicite cronica di cui 72 furono operati, 50 casi che avevano presentato una sintomatologia digestiva ribelle ad ogni terapia e 32 casi che avevano presentato una sintomatologia vescicolare, di cui qualcuno operato.

Bisogna dunque pensare sempre all'idronefrosi. Bisogna però dire che anche cercandola talora semeiologicamente non la si trova, per l'assenza di punti dolorosi provocati classici, per la predominanza o la limitazione del dolore spontaneo al di fuori della regione lombare, per la normalità della fossa lombare all'esplorazione, per la impalpabilità dei reni per la negatività del reperto urinario. L'idronefrosi è talora di piccola capacità e tuttavia molto dolorosa.

La diagnosi si orienta in alcuni soggetti sui disturbi disurici e si fonda in gran parte sul cateterismo ureterale che evacua una grande quantità di urina. Ma essa si basa sopratutto sulla pielografia. C. TOSCANO.

### Nefrite dolorosa pseudolitiasica.

Costeodat (*Soc. méd. Hôpitaux*, 26 ott. 1934) riferisce il caso di un malato che, affetto da ipertensione arteriosa molto elevata e da lieve insufficienza renale, fu colto da dolori alla regione lombare, violenti, intermittenti, talvolta quotidiani, simili a quelli della litiasi, soltanto che invece, si irradiavano in cintura. Talvolta, erano seguiti da ematuria.

Le crisi aggravarono rapidamente l'insufficienza renale ed il malato morì di uremia.

L'autopsia mostrò soltanto una nefrite cronica sclero-atrofica, senza calcoli nè infarti.

L'A. si domanda se la congestione renale, che è la causa di tali dolori, non si può spiegare mediante disturbi vaso-motori intermittenti, simili a quelli che si osservano, p. es. alle mani, invece di interpretarli come manifestazione di un attacco infiammatorio acuto del parenchima renale. *fil.*

### Tumori metastatici dell'uretere.

Kirshbaum (*The Journ. of Urol.*, dicembre 1933) riferisce di 5 casi di vere metastasi epiteliomatose nell'uretere. La metastasi di tumore nell'uretere è eccezionalissima; solamente 11 casi ne erano stati riferiti fin qui, sicchè con i 5 dell'A. i casi noti sono appena 16.

Le metastasi vere però non vanno confuse con una invasione neoplastica dell'uretere in seguito all'estensione di un tumore da un organo vicino. La metastasi talvolta può colpire entrambi gli ureteri.

È interessante il caso riferito da Rakbun, in cui la metastasi comparve tre anni dopo l'asportazione di un epitelioma della mammella, ed in cui fu fatta una nefrouterectomia.

V. LOZZI.

### Epitelioma primitivo della vescica nello scroto.

Secondo Carroll e Jacobs (*The Journ. of Urol.*, settembre 1933) gli epiteliomi primitivi in diverticoli vescicali non sono eccezionali, se si considera che Judd e Scholl nel 1924 ne raccolsero 136 casi: mentre non si trova riferito fin'ora, nella letteratura, un sol caso di epitelioma primitivo in un diverticolo vescicale situato in un sacco erniario inguino-scrotale. Per questo motivo l'osservazione che riferiscono gli AA. acquista una certa importanza. Si trattava di un uomo anziano, portatore, da vario tempo, di una grossa ernia inguino-scrotale d., che da qualche giorno aveva accusato disturbi vescicali lievi, ed in cui all'atto operatorio si trovò a far parte della parete del sacco nello scroto un diverticolo vescicale con un cancro. Questo fu resecato e fatto il solito trattamento dell'ernia, però l'esito fu infausto. LOZZI.

### La ritenzione della creatinina e la sua importanza in patologia renale.

Le constatazioni sperimentali e cliniche sul metabolismo della creatinina hanno dimostrato che il dosaggio della creatinina nel sangue offre dati utilizzabili in patologia renale e di grande interesse per il giudizio prognostico.

Nella ritenzione dei corpi azotati — scrive J. Warter in *Revue de Méd.* (luglio 1934) — quella della creatinina è relativamente tardiva e lascia supporre una lesione avanzata dei reni.

Infatti nel decorso delle nefriti croniche sperimentali ottenute nel cane e nel coniglio si nota una prima fase in cui si ha ritenzione urica, normale restando la creatinemia, ed una seconda fase più breve e caratterizzata da sintomi gravi precursori della fine, in cui l'azotemia si eleva notevolmente ed appare la ipercreatinemia.

Nella clinica bisogna distinguere le nefriti acute e subacute, da quelle croniche. Nelle prime l'azotemia si accompagna in genere a notevole ipercreatinemia (fino a più di 100 mmgr. ‰ — normale = 10-20 ‰), senza che si debba dare a quest'ultima uno speciale valore prognostico.

Dove invece l'aumento della creatinemia acquista tutto il suo valore è nelle forme croniche: si può affermare che un tasso di 35 mmgr. ‰ rivela già una grave alterazione della funzionalità renale, ed uno di 50 mmgr. ‰ fa prevedere l'esito fatale a breve scadenza.

Ciò è tanto più importante in quanto in taluni casi mentre il tasso della creatinina aumenta parallelamente coll' aggravarsi dei sintomi clinici, il tasso dell'urea rimane piuttosto basso.

In altre parole in questi casi il dosaggio della creatinina sarebbe indice dello stato funzionale dei reni assai più preciso dell'azotemia.

E. Carlinfanti.

**L'autoemoterapia nelle infezioni delle vie urinarie.**

R. Herbst (*Wiener Klin. Wochens.*, 19 agosto 1934) nel fare rilevare l'inefficacia degli autovaccini, afferma invece la grande utilità della proteinoterapia in forma di autoemoterapia.

Si fanno 4-5 iniezioni, a giorni alterni, di 10 cmc. di sangue, prelevato dalla vena del braccio.

L'A. riporta alcuni casi curati con successo. In un caso, si aveva cistite gonorroica diffusa, capacità di 60-80 cmc., intenso tenesmo; nessun risultato con la terapia locale (catetere in permanenza, lavature vescicali). Dopo 5 iniezioni, scomparsa del tenesmo, aumento di capacità, minzione normale, allontanamento del catetere.

In un altro caso, si trattava di idronefrosi bilaterale, pielite, cistite diffusa; dai bacinetti masse di leucociti e *b. coli*. Inutili la ciclotropina, la tripaflavina, ecc., continuando i forti dolori e la temperatura.

Dopo 4 iniezioni, scomparsa dei dolori e caduta della febbre.

Pure guarigione, si è avuta in un altro caso di piuria abatterica. A proposito di quest'ultima ricordo un'osservazione personale di un giovane con intensissima piuria resistente a tutti i trattamenti, fatti da urologi di grido, nostrani e stranieri; esame batteriologico sempre negativo. Una serie di 3 iniezioni di neosalvarsan portò rapidamente la guarigione, che si mantiene da anni.

*fil.*

**Nelle ematurie.**

*Che cosa non si deve fare.* Diffidare della morfina nelle emorragie vescicali; sopratutto *evitare l'urotropina*, che può determinare emorragie anche in individui che non hanno nulla di vescicale.

Non dare della trementina, che pure è stata un tempo vantata contro le emorragie ed ancor meno della cantaride, nemmeno in forma di vescicanti; così pure, proibire il cubebe n, il copaive che aumentano il sanguinamento.

Non abusare dell'antipirina, che si potrà dare con precauzione.

La teobromina, che è un diuretico notevole, è un vaso-dilatatore del rene, e va sorvegliata nei brightici; nell'iperteso ematurico, l'ergotamina, che ha azione ipotensiva, va preferita alla segale totale.

L'ematuria di origine ipertensiva interdice l'uso dell'adrenalina, poichè la sua azione benefica sul rene è compensata da una dannosa sulla circolazione generale; ad ogni modo, non associare mai segale cornuta ed adrenalina, in quanto che le loro azioni si contrastano.

Un'altra indicazione è quella di rimediare alla sete dell'ematurico, il che si può fare con degli infusi che abbiano al contempo azione emostatica, sia pure leggera; sono pertanto consigliabili quelli di uva ursina (al 10/1000), di foglie di noce (tannino), di biancospino, di radici di fragole.

Fra i medicamenti, M. Loeper (*Thérapeutique médicale*, vol. VII, Masson, 1934) consiglia: 1) *Gli astringenti* (Tannino 5 cg. con eccipiente q. b. per una pillola; 4 al giorno. Oppure la ratania, nella seguente formula:

| | | |
|---|---|---|
| Sciroppo di ratania | g. | 4 |
| Ergotina | g. | 1 |
| Sciroppo di morfina | g. | 30 |
| Acqua | g. | 150 |

2) *I vaso-costrittori* (Segale cornuta, polv. g. 0.50-4; Ergotina Yvon, di cui XXX gocce rappresentano un grammo, g. 0,50-4; Ergotinina per iniezioni.

*fil.*

## NOTE DI TECNICA.

**La ricerca del sangue occulto nelle feci.**

C. Hablützel (*Schweiz. med. Wochens.*, 20 ott. 1934) ha sperimentato la prova alla benzidina, specialmente per vedere l'influenza che possono esercitare sulla reazione molti dei comuni alimenti. Pratica la reazione come segue.

Ad una punta di coltello di benzidina, si aggiungono 3 cmc. di acido acetico ed 1 cmc. di acqua ossigenata al 3 %. Dalle feci, si prende una quantità grossa quanto un pisello e la si striscia sopra una capsula piatta, versandovi poi sopra 1 cmc. dell'accennata soluzione, guardando il colore che si manifesta (entro 1-2 minuti al massimo). Verde-blu = debolmente positivo +. Nettamente blu = fortemente po-

sitivo + +. Blu molto scuro = molto forte + + + +.

La soluzione di benzidina deve essere utilizzata entro 5 minuti dalla preparazione.

È importante però conoscere quali altre sostanze comprese negli alimenti possono dare la stessa reazione. È nota l'influenza della carne, che viene di fatto esclusa dalla dieta che si fa prima della prova. Le ricerche dell'A. dimostrano che anche il latte crudo ed i vegetali danno (in vitro) reazione positiva, e tale possono darla anche in vivo (pazienti benzidino-negativi).

Dalla dieta dei pazienti in cui si intende fare la prova del sangue occulto, vanno quindi escluse: carne e qualsiasi alimento che la contiene, vegetali freschi, latte crudo; sono invece permessi il latte bollito, i legumi, le frutta, le uova e l'ovomaltina. *fil.*

## IGIENE.

### Il pane.

Si prestano alla preparazione del pane, osserva W. Heupke (*Deuts. Medizin. Wochenschr.*, 30 novembre 1934), solo quelle specie di cereali che hanno del glutine, perchè questo trattiene a sufficienza l'acido carbonico che si forma durante la lievitazione. Solo queste specie di cereali danno un pane molle e poroso: perciò si usano per la panificazione soltanto il grano e la segala. Fino a poco tempo fa si è cercato di rendere il pane quanto più bianco possibile, eliminando dalla farina quasi tutta la crusca. Si riteneva la crusca poco digeribile perchè si era osservato che quanto più è bianco il pane, tanto minore è la quantità delle feci. Oggi si sa che la maggior quantità di feci non dipende da una cattiva utilizzazione del pane integrale, ma dalla azione stimolante esercitata dalle membrane cellulari sulla peristalsi. Il pane bianco non contiene nè la crusca nè l'embrione, le sue proteine sono incomplete, esso è povero di sali e di vitamine. Si credeva fino ad oggi che le proteine della crusca fossero male utilizzabili dall'organismo umano: si trovava infatti nelle feci una maggiore quantità di azoto dopo l'uso del pane bigio. Questa maggiore quantità di azoto non dipende da cattiva utilizzazione dei proteidi della crusca: è azoto eliminato dall'intestino, maggiormente stimolato alla secrezione ed escrezione per le abbondanti membrane cellulari. Esperienze dell'A. dimostrano in modo decisivo che, pari restando la ingestione di sostanze azotate, la quantità di azoto nelle feci aumenta notevolmente se si aggiungono alla dieta delle sostanze che stimolano la peristalsi ma che sono quasi prive di azoto. Le sostanze proteiche della crusca vengono digerite e assimilate bene come quelle della farina bianca. Anche le sostanze amidacee vengono utilizzate egualmente bene nel pane bigio come nel pane bianco.

Si è anche discusso se dare la preferenza al pane di grano o al pane di segala. Sembra che le due specie di pane si equivalgano quasi completamente: a seconda dei fattori ambientali ed economici si potrà quindi indifferentemente dare la preferenza sia all'uno che all'altro.

R. POLLITZER.

## MEDICINA SCIENTIFICA.

### Ricerche sulla localizzazione elettiva dello streptococco.

V. Finucci (*Pathologica*, 15 nov. 1934), da uno stipite di streptococco poco patogeno, ha fatto una serie di trapianti, da cavia in cavia, nelle articolazioni del ginocchio e del gomito.

Ha iniettato poi nel cuore di nuovi animali i varî germi man mano ottenuti dalle artriti ed ha notato allora una spiccata artrofilia di questi, manifesta con presenza nell'articolazione di un numero di streptococchi molto superiore che in animali inoculati allo stesso modo, ma con germi stipiti; essudazione da torbida a purulenta con capsule articolari, in questi casi, tumide e spesse. BASSO.

## VARIA

### Sulla pretesa diagnosi biologica prenatale del del sesso con la prova di J. H. Jorn e J. Sugarmann.

La prova di Jorn e Sugarmann, consistente nell'iniezione endovenosa di 10 cc. di urina di donna gravida, in conigli maschi, di tre mesi di età, e che avrebbe per effetto congestione ed aumento di volume dei testicoli con note istologiche di precoce spermatogenesi, nel caso che il sesso nascituro fosse femminile, non ha dato a F. Sechi (*Pathologica*, 15 nov. 1934) risultati probativi.

E ciò, concordemente ai risultati ottenuti da Viana e da altri AA., toglie alla prova ogni valore pratico e lascia, quindi, insoluto il problema della diagnosi prenatale del sesso

BASSO.

## POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. F. G. da C.:

Il distintivo di grado è prescritto per il personale direttamente dipendente dalle Amministrazioni statali. Non compete perciò agli ufficiali sanitari, i quali, pur rivestendo il carattere di ufficiali governativi, sono funzionari appartenenti all'Amministrazione comunale.

A. F.

## PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. MANNINO DE SIMONE. *Esiste un trattamento profilattico della sifilide.* — Soc. Edit. Sic. Tipogr., Catania, 1934.

A. MANNINO DE SIMONE. *Ittiosi volgare e sifilide congenita.* — Riv. San. Sic., Palermo, 1934.

M. CECCHINI. *Modificazioni del tipo costituzionale in funzione con una diversa alimentazione.* — Tip. Donnini, Perugia, 1934.

E. AASER. *The Etiology of cancer.* — Steenske Boktrykkeri J. Biornstadt, Oslo, 1934.

# NELLA VITA PROFESSIONALE.

## Il potere usufruire dell'Opera Pia Nazionale di assistenza e di educazione per orfani di sanitari italiani non deve essere il privilegio di pochi, ma il diritto di tutti i sanitari.

Dott. A. PERSI - Perugia.

*Richiamiamo l'attenzione dei nostri lettori su questo articolo, il quale lumeggia uno dei problemi più assillanti per la famiglia sanitaria: l'educazione dei figli, sia nell'eventualità di doverli lasciare prima di averli sistemati, sia nell'impossibilità di stabilirsi o d'inviarli in centri importanti di studio.*

*Il dott. Persi è in grado di apprezzare l'importanza dell'istituzione umanitaria e sociale fondata a Perugia e di valutare gli sviluppi di cui essa è ulteriormente suscettibile, sotto l'impulso animatore del Pende, che ne è il nuovo Commissario, avveduto e operoso.*

Mercè la perseverante costanza del compianto prof. Ruata, docente di farmacologia in questa Università, sorse in Perugia, fin dal 1884, l'Opera Pia Nazionale di assistenza per gli Orfani dei sanitari italiani. Lo scopo dell'istituzione fu quello di assistere gli orfani bisognosi dei Sanitari, sostituendosi la Classe, in caso di bisogno, al genitore defunto. Dal 1884 al 1901 visse alla meglio col contributo volontario dei sanitari locali, ma nel 1901 il compianto On. Fani con apposita legge obbligò tutti i Sanitari dipendenti da pubbliche amministrazioni a versare in favore dell'Opera Pia la somma di L. 5, che attraverso a graduali aumenti, è oggi arrivata a L. 60. Con la contribuzione, il sanitario acquista il diritto di beneficiare di tutta l'assistenza contemplata nello Statuto dell'Opera Pia.

Furono obbligati per legge i soli dipendenti dalle pubbliche amministrazioni per dare sicura stabilità al bilancio.

I figli dei contribuenti acquistano il diritto, in caso di disgrazia del genitore, alla assistenza che dura fino a che siano avviati a proficua carriera. Le forme assistenziali sono di varia natura: diretta in Convitto nelle due Sezioni Maschili e Femminili, con retta in altri Convitti, con Borse di Studio e con sussidi vari.

Attualmente sono più di 500 gli Orfani assistiti, e molti di più se ne potrebbero assistere, perchè le domande non mancano, se il Bilancio lo permettesse.

Avviene dolorosamente spessissimo, che molte domande non possono essere prese neanche in esame, perchè il defunto Sanitario non era contribuente. È un vero strazio per gli amministratori, dover rispondere con un diniego a delle domande imploranti supplichevolmente un'assistenza per orfanelli, che hanno la disperazione nel cuore, e che abituati ad una vita agiata, si vedono piombare all'improvviso nella miseria più cruda.

Nei diversi Congressi di Classe, per ovviare a questo grave inconveniente, furono votati Ordini del Giorno invocanti dal Governo l'estensione del contributo a tutti i Sanitari esercenti la Professione, cosa non facile nel 1901, ma facilissima oggi, perchè con la istituzione degli Ordini dei Sanitari avvenuta nel 1911, attraverso gli Ordini è facile poter avere l'elenco esatto dei contribuenti e quindi il bilancio dell'Opera Pia risulterebbe veritiero, sia come previsione, che come esazione.

La tenue spesa di L. 60 annuali, pari a L. 5 mensili, non è una tassa, ma una previdenza obbligatoria per i propri figli, da parte di tutti i Sanitari del Regno. Quante famiglie hanno benedetto questa spesa, e quante si sono amaramente rammaricate di non averla fatta!

Oggi poi la legge sullo scapolato pone come termine alla possibilità di formarsi una famiglia l'età di anni 65; ne consegue, che a norma di legge, viene riconosciuta la probabilità di avere famiglia fino a quella età e da qui scaturisce la necessità di provvedere con tempestiva previdenza, all'avvenire dei possibili nascituri, i quali, più degli altri, corrono il rischio di vedersi abbandonati quando maggiormente avrebbero bisogno di assistenza.

Se tutti possono essere padri in potenza fino a 65 anni, tutti dovrebbero essere preventivamente garantiti a che i probabili nascituri avranno certamente un'assistenza fino al conseguimento di una proficua carriera.

Ma è risaputo che qualsiasi forma di previdenza non è ancora apprezzata giustamente; ne viene quindi la necessità di imporla. Se ne riconosce la necessità solo quando se ne deve usufruire, ed è quindi opera saggia di un Governo, diffonderla con provvide leggi.

Che tale forma di saggia previdenza sia necessaria imporla è provato dal fatto, che attraverso una statistica compiuta dal 1901 ad oggi, è risultato che i Sanitari non hanno intuito la grande importanza di questa Istituzione, perchè solamente poche decine sono contribuenti volontari con tutti i diritti degli obbligatori.

Purtroppo moltissime sono state e sono le domande che pervengono all'Opera Pia da parte di Orfani di Sanitari non contribuenti, ai quali l'Amministrazione deve rispondere negativamente. Solo l'estensione del contributo a tutti i Sanitari iscritti agli Albi eliminerebbe questo stato di stridente inferiorità e 27.000 professionisti verrebbero automaticamente ad usufruire della umana e santa Istituzione, e la rendita dell'Opera Pia da lire 1,300,000 annue salirebbe a circa 2,500,000.

Con tale introito così cospicuo si potrebbe

assistere tutti gli Orfani bisognosi ed elevare convenientemente l'entità delle borse di studio, che attualmente sono di L. 600 per le scuole elementari, 1000 per quelle secondarie inferiori, 1500 per quelle superiori e 2000 per l'Università.

Ma altra cosa molto importante si potrebbe fare, ossia studiare una forma di assistenza per i figli dei Sanitari, costretti a vivere in luoghi lontani dal centro di studio. Lo stato di disagio in cui vivono i Sanitari dei paesi privi di scuole secondarie, li costringe all'urbanesimo con danno loro e delle popolazioni rurali. Offrire a questi benemeriti il mezzo moralmente sicuro e finanziariamente possibile di educare convenientemente i propri figli, vorrebbe dire allontanare la causa della necessità dell'urbanesimo, con grande vantaggio loro e delle popolazioni.

Difatti, i Sanitari, quando si sentissero tranquilli sull'avvenire della propria famiglia, e sull'educazione dei figli, nella grande maggioranza si affezionerebbero al luogo e le popolazioni rurali potrebbero avere quella assistenza sanitaria, che la legge loro concede, ma che spesso per cause contingenti viene loro a mancare.

Questo suggestivo programma è realizzabile soltanto coll'estensione dell'obbligo del contributo a tutti i Sanitari del Regno iscritti negli Albi professionali.

Auguriamo che S. E. il Ministro degli Interni, che tanto a cuore ha preso recentemente le sorti della categoria sanitaria, voglia benevolmente prendere in considerazione anche questa proposta, che è stata già avanzata dalla Presidenza dell'Opera Pia come la sola capace di risolvere la situazione dolorosa in cui si trova l'Opera stessa, di non potere assistere tutti gli orfani che ne avrebbero bisogno.

*N. B.* Il numero dei sanitari oggi esercenti in Italia risulta all'incirca di 50.000, così ripartiti:

| | |
|---|---|
| Medici . . . . . . . . | 34.000 |
| Veterinari . . . . . | 3.500 |
| Farmacisti . . . . . | 13.000 |

# CONCORSI.

**POSTI VACANTI.**

BOLOGNA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale « F. Roncati »*. — Scad. 27 dic.; direttore dell'Ospedale.

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti LL. PP.* — A tutto il 31 gennaio è aperto concorso per esami e per titoli, a tre posti di medico-chirurgo aggiunto, retribuiti con annue L. 4200, decurtate del 12 % e al lordo di R. M., con partecipazione al riparto delle tasse di ammissione e di operazione corrisposte dai ricoverati in classe « paganti privati ». La carica è temporanea ed ha la durata di 3 anni senza diritto di riconferma. La nomina non diverrà definitiva se non a seguito di conferma da parte del Consiglio di Amministrazione dopo un anno di prova. Docum. a tre mesi dall'1 dic.; tassa L. 50. Alloggio e vitto. Chiedere annunzio alla Segreteria del Consiglio d'Amministrazione.

CORNEGLIANO LAUDENSE (*Milano*). — Scad. 31 dic.; consorzio con Pieve Fissiraga; stip. L. 13.000, mezzo trasp. L. 3500, lorde di riduzioni e ritenute.

FANO (*Pesaro*). — *Congregazione di Carità*. — Concorso per titoli, al posto di medico primario del Civico Ospedale *S. Croce*. Stipendio L. 7200. Servizio attivo L. 610. Caro-viveri come per gli altri impiegati dell'Ente. Compartecipazioni. Il tutto al lordo delle ritenute di legge. Scadenza 5 febbraio 1935-XIII.

GENOVA-BOLZANETO. *Ospedale Civile « Carolina Pastorino »*. — Scad. 30 dic.; concorso ai seguenti posti: chirurgo direttore, aiuto primario e assistente; stipendi rispettiv. L. 7700, L. 3750 e L. 3000, soggetti alle trattenute ed alle eventuali riduzioni di legge; età limite rispettivam. anni 40, 36, 32. A richiesta la Segreteria dell'Ospedale invia copia del bando di concorso.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni*. — Cinque posti di allievo Ispettore medico. Concorso per titoli ed esami. Gli esami consistono in due prove scritte di medicina e chirurgia, prova orale di patologia medica e chirurgica, elementi di oculistica, otoiatria, igiene, psicotecnica ecc. Prove facoltative di igiene (scritta e pratica) e lingue estere (scritta ed orale). Età massima 30 anni, con varie eccezioni. Scadenza 19 gennaio 1935. Per avere il programma di concorso, rivolgersi alla Direzione Generale Ferrovie Stato - Serv. Personale e Affari Generali - Ufficio Concorsi, piazza Croce Rossa, Roma.

ROVIGO. *Amministraz. Provinc.* — Concorso per titoli scientifici e pratici ad un posto di medico di Sezione dello Spedale Psichiatrico Provinciale, età minima 25, massima 35 anni, salvo comprovate eccezioni di legge. Scadenza 31 gennaio 1935-XIII. Stipendio annuo iniziale L. 12.000, e indennità di caro-viveri al lordo delle riduzioni e trattenute; cinque aumenti del decimo dello stipendio; alloggic personale e vitto; tassa di concorso L. 50; obbligatoria l'inscrizione alla Cassa di Previdenza.

SIRACUSA. *Ospedale Umberto I.* — Scad. 20 febb. Chirurgo Direttore; L. 16.000 al netto delle riduzioni e suscettibile di quattro aumenti quadriennali del decimo. Compartecipazione. Trattenute di legge. Età massima al 15 novembre, anni 40, s. e. l. Laurea e diploma di abilitazione da almeno cinque anni dal 15 novembre. Servizio in Ospedale di almeno 40 letti per non meno di cinque anni, se nella qualità di aiuto o di assistente; per non meno di tre anni, se nella qualità di primario; ovvero libera docenza in patologia o clinica chirurgica. Tassa L. 50. Rivolgersi alla Congregazione di Carità.

TREVISO BRESCIANO (*Brescia*). *Sanatorio Infantile « Benito Mussolini » ed Istituti Affini di Valledrane* (Ente Morale). — È aperto concorso per titoli ed eventualmente per esami al posto di medico direttore; stip. L. 24.000 e 6 bienni decimo, oltre L. 8000 serv. att. e compartecipaz. (è garentito un minimo di L. 4000 e non può superarsi il massimo di L. 8000); è vietato il libero esercizio ma concessa la consulenza. Età limite 45 anni; tassa L. 50,50; documenti a 3 mesi dal 15 nov. Per le altre condizioni chiedere copia del bando. Scad. ore 16 del 28 febbr.

Venezia. *Ospedali Civili.* — Scad. 16 febb. Concorso per titoli ed eventualmente per esami al posto di Primario Direttore della Sezione malattie infettive in Isola S. Maria delle Grazie; stipendio L. 6000; disag. resid. e trasferta L. 4000; età massima anni 40 s. e. l. Otto anni di laurea e non meno di tre di servizio effettivo quale aiuto in un Ospedale importante od assistente in una Clinica medica, oltre un biennio di servizio effettivo in Sezione Ospedaliera di malattie infettive di riconosciuta importanza. Rivolgersi alla Segreteria degli Ospedali Civili.

## NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Otto Naegeli, direttore della Clinica medica universitaria di Zurigo, è nominato membro d'onore della Società americana di patologia clinica.

L'editore J. F. Lehmann, in occasione del suo 70° compleanno, è stato nominato dottore *honoris causa* della Facoltà medica di Monaco e della Facoltà di scienze di Tubinga, in riconoscimento dei servigi resi, con la sua attività editoriale, alla medicina e alla biologia.

Il prof. Gabriel Steiner di Heidelberg è stato chiamato all'Università Columbia di New York, nell'Istituto di neurologia, per il semestre invernale 1934-35, affinchè possa proseguire i suoi lavori scientifici sulla sclerosi multipla.

Il dott. Curt Sprehn, professore di parassitologia e zoologia applicale a Lipsia, è nominato alla Scuola superiore di agraria di Angora.

Il prof. Fritz Koch, aiuto alla Clinica medica di Francoforte s. M., è chiamato alla cattedra di Clinica medica di Tubinga.

Il prof. E. Frank, di clinica medica di Breslavia, messo a riposo per la nuova legge, perchè aveva anche la direzione di una grande sezione ospedaliera, è nominato ordinario di medicina interna all'Università di Istambul.

Il prof. Hans Henrich Berg di Dortmund è nominato ordinario di clinica medica all'Università di Amburgo, quale successore di Brauer.

I dottori C. Trinchera, V. Travaglini e M. Ronzini hanno conseguito la libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria. Rallegramenti.



## NOTIZIE DIVERSE.

**Società per gli studi della malaria.**

Il 20 novembre si è riunita l'assemblea del Consiglio di amministrazione della Società per gli Studi della Malaria, sotto la presidenza del sen. prof. Raffaele Bastianelli, vice-presidente della Società; erano anche presenti il sen. prof. Marchiafava, il sen. prof. Sanarelli, i proff. Ficacci, Nazari, Gosio, G. Bastianelli, Raffaele e il dott. Jerace.

Il sen. Bastianelli commemorò il principe sen. Gelasio Caetani, presidente della Società da poco scomparso, rilevandone tutte le benemerenze verso la Società e l'opera assidua svolta per la lotta contro la malaria: invitò quindi i componenti del Consiglio a un minuto di raccoglimento in sua memoria.

Si discussero poi gli argomenti all'ordine del giorno: per la nomina del nuovo presidente si deliberò di convocare l'assemblea generale dei soci; frattanto fu sottoposto al Consiglio un nuovo schema di statuto sociale, che sarà discusso ed eventualmente approvato nella prossima assemblea del Consiglio. Fu deliberato inoltre un contributo finanziario alla « Rivista di Malariologia », organo ufficiale della Società, mettendo in rilievo l'importanza e la diffusione internazionale raggiunta da questa pubblicazione, modello del genere e divulgatrice dei più recenti e originali studi sul problema malarico.

Nella prossima assemblea del Consiglio saranno discussi importanti argomenti per l'incremento della Società per gli Studi della Malaria, onde accrescerne l'efficienza e l'azione nel campo scientifico ed in quello pratico.

**7° Congresso internazionale sugli infortuni e le malattie del lavoro.**

Si terrà a Bruxelles nel luglio 1935, sotto la presidenza del dott. D. Gilbert; segretario generale ne è il dott. Léo Déjardin. Comprenderà una Sezione di medicina e una di chirurgia, presiedute dai dottori Maurice François e Albert Langelen; si terranno anche sedute miste. Tra i relatori sono i proff. C. Biondi (Siena) e G. Ajello (Milano).

Temi: « Conseguenze remote dei traumatismi del cranio »; « Traumatismi delle mani e delle dita »; « La lotta contro le polveri industriali »; « Azione patologica dei gas delle miniere »; « Manifestazioni obbiettive del dolore »; « Elettricità ».

Rivolgersi al Dr. Yersin, rue de la Monnaie 3, Genève, Svizzera.

**Congresso internazionale di medicina assicurativa sulla vita.**

Ricordiamo che si terrà a Londra dal 23 al 27 luglio. Le relazioni sono state così fissate: « Metodi per la valutazione dei rischi », relatori: Sturm (Germania), Chester T. Brown (Stati Uniti); « Prognosi dell'ipertensione », relatori: May e Ollivier (Francia), Winternitz (Italia); « Accettazione dei glicosurici », relatori: W. Langdon Brown (Inghilterra), Van der Bergh (Olanda); « Le ulcere gastroduodenali e l'assicurazione-vita », relatori: Romanelli (Italia), Faroy e Carrié (Francia); « Valore delle misure preventive sull'assicurazione-vita », relatore: Neustatter (Germania). Sono previsti trattenimenti ed escursioni.

Quota per i membri del congresso, compreso il banchetto sociale e le altre funzioni sociali e una copia degli atti, 2 lire sterline; per le signore che accompagnano i congressisti (in ragione di una per ogni partecipante al congresso), 1 lira sterlina, compreso il banchetto e le altre funzioni sociali.

Se il numero dei delegati sarà abbastanza grande, si spera di ottenere riduzioni nei prezzi di trasporto e di alloggio.

Il congresso sarà presieduto dai proff. Langdon Brown e Maurice Loeper.

Per informazioni rivolgersi al segretario, Dr. Otto May, Holborn Bars 142, London E. C. 2, Inghilterra.

**Corsi di perfezionamento e d'integrazione.**

Nel R. Istituto d'Igiene di Torino si terrà un corso bimestrale di perfezionamento in igiene, a partire dal 2 febbraio; modalità consuete. Domande al Rettorato dell'Università entro il 31 gennaio; per le condizioni d'iscrizione rivolgersi all'Economato dell'Università.

Un corso di perfezionamento in pediatria si tiene alla Scuola di perfezionamento in pediatria della R. Università di Pisa, pel conseguimento del titolo di specialista; ha la durata di due anni; tasse e contributi L. 1690.

A Siena, dal 9 al 13 dicembre, si è svolto un corso di cultura medica corporativa, promosso dal Sindacato Provinciale Fascista dei Medici e sotto l'egida dell'Università, con professori della Facoltà medica locale e di altre Facoltà mediche.

Come abbiamo annunziato, la Città di Berlino ha provveduto a concentrare l'intera istruzione di perfezionamento medico in un'Accademia, d'accordo con i Ministri competenti e di concerto con il Comitato Centrale per il perfezionamento medico in Prussia, con la Facoltà medica dell'Università di Berlino e con l'Associazione dei docenti per il perfezionamento medico.

L'Accademia è diretta dal Primo Borgomastro di Berlino, coadiuvato da un corpo di esperti e darà occasione ai medici pratici di aggiornare le loro cognizioni scientifiche e pratiche, portandole al livello della scienza odierna.

Il lato teorico verrà trattato in seconda linea, mentre sarà data la massima importanza a tutto ciò che riguarda l'attività pratica del medico. Le visite cliniche, gli esercizi di seminario, la discussione viva sulla base di presentazioni cliniche, saranno particolarmente adatte a migliorare le cognizioni del medico pratico.

Presso la detta Accademia avranno luogo dei corsi invernali dal novembre 1934 al marzo 1935, divisi in: *A*) Corsi pratici, *B*) Lezioni speciali, *C*) Conferenze, *D*) Corsi pratici sull'ereditarietà, *E*) Corsi di ospitanti, *F*) Corsi internazionali di perfezionamento, *G*) Corsi speciali.

Tutti i corsi sono aperti a medici stranieri, i quali per i programmi, le informazioni e le iscrizioni potranno rivolgersi al seguente indirizzo: Geschäftsstelle der Akademie für Aerztliche Fortbildung, Kaiserin-Friedrich Haus, Robert Koch Platz 7, Berlin NW 7 (Germania).

**L'utile netto delle manifestazioni di propaganda antitubercolare.**

Quest'anno le manifestazioni di propaganda antitubercolare ed a favore della Croce Rossa, per disposizione del Duce, sono state celebrate in una unica giornata detta « Giornata delle due Croci ». Ad essa è seguìta la IV Campagna Nazionale per il « Bollo Antitubercolare ».

I risultati finanziari sono i seguenti: Giornata delle due Croci, L. 5.676.529,40; Campagna del « Bollo chiudilettera », L. 7.041.357,25.

L'utile suddetto, detratte le spese di lire 3.395.038,50 — per acquisti di materiale e per l'organizzazione — ascende a L. 9.322.848,15, ed è stato, in ogni provincia, ripartito in ragione del 65 per cento a favore del Consorzio Antitubercolare, e del 35 per cento a favore del Comitato provinciale della Croce Rossa.

Nel sopra riportato conteggio non sono comprese le oblazioni pervenute, per determinate finalità, direttamente ai Consorzi provinciali antitubercolari e alla Federazione Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

**Un po' dovunque.**

Il prossimo congresso francese di medicina si adunerà a Parigi nell'ottobre del 1936, sotto la presidenza del prof. Marcel Labbé.

Il Governo della Repubblica spagnola ha nominato la Giunta organizzatrice del 10° Congresso internazionale di storia della medicina, indetto a Madrid dal 23 al 29 settembre 1935.

La Lega nazionale svizzera contro il cancro ha tenuto la sua 24ª assemblea annuale a Losanna dal 30 novembre al 2 dicembre, sotto la presidenza del dott. Rosselet.

La Lega dei medici astinenti della Svizzera si è adunata a Zurigo il 2 dicembre; tenne una conferenza il dott. Theo Gläss di Berlino.

La Lega dei medici funzionari della Svizzera ha tenuto la sua 6ª riunione annua il 9 dicembre a Berna; furono discusse 5 relazioni.

Nel mese di novembre si tennero con successo a Santiago del Cile le Prime Giornate Nipiologiche Cilene, promosse dalla Società Cilena di Pediatria. Furono svolte relazioni su temi riguardanti il bambino lattante studiato da tutti i punti di vista, da pediatri, psicologi, nevrologi, giuristi, sociologi, ingegneri, pubblicisti ecc. Nella seduta di chiusura fu approvato per acclamazione un voto di plauso al fondatore della Nipiologia, prof. Cacace di Napoli. Con questo Congresso la Nipiologia ha avuto una consacrazione nel Cile, come già in altri Paesi americani.

La Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali si è adunata il 26 giugno e il 4 luglio, sotto la presidenza del prof. G. Sabatini; vi furono fatte comunicazioni da: E. Puccinelli, G. Sabatini, P. Serra, P. Delitala, S. Ferrandu, A. Manai, F. Pittalis, P. Quinto, L. Bacialli, A. Pergola.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 9 novembre, sotto la presidenza del prof. M. Donati. Furono fatte comunicazioni da: M. Donati, V. Tanturri, E. Ettorre, A. Polizzotto, G. Ferri, A. Pezcoller; tutte furono seguite da discussioni.

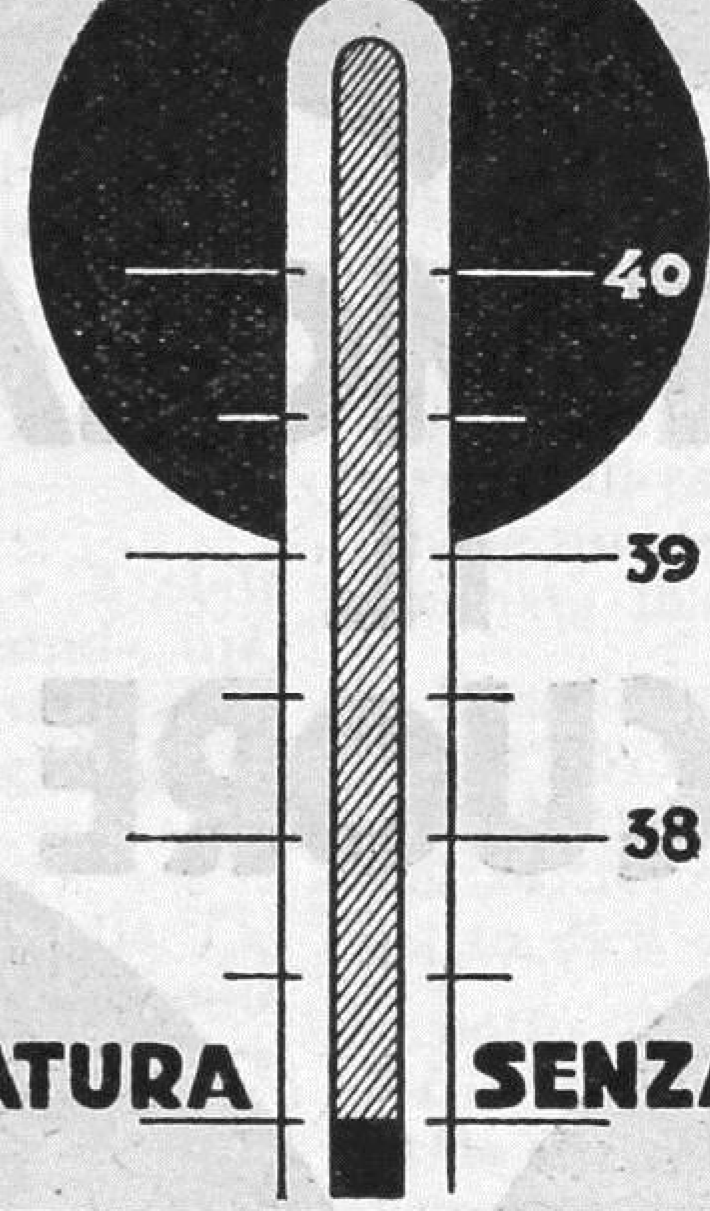
La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 6 dicembre, sotto la presidenza del prof. G. Dellepiane, assistito dal segretario dott. G. Gal-

Pagina pubblicitaria del « Policlinico » soggetta a sopratassa.

IN TUTTE LE GRANDI INFEZIONI ACUTE LA...

# SEPTICEMINE CORTIAL

PROVOCA UN'ABBASSAMENTO DI TEMPERATURA SENZA CHOC NE REAZIONE




**PRODOTTI CORTIAL** LABORATORIO DEI PRODOTTI SCIENTIA TORINO - CORSO FRANCIA. 128

Approvato dalla R. Prefettura di Torino col N. 0264.

---

*L'Uraseptine, il più potente degli antisettici urinari, scioglie ed espelle l'acido urico*

*Campioni e letteratura:*

LABORATORIO FARMACEUTICO DITTA A. LEPEYRE

VIA CARLO GOLDONI, 39 - MILANO 120

Pagina pubblicitaria del « Policlinico » soggetta a sopratassa.



lina. Furono fatte comunicazioni da G. Toninelli, U. Clerici, Bagozzi, G. Bondi, E. Giubertoni, C. A. Luzzatti.

La Società Medico-Chirurgica della Romagna si è adunata a Faenza, sotto la presidenza del prof. F. Giugni, assistito dal segretario dott. P. Galli. Furono fatte comunicazioni da: R. Galli (Bologna), O. Ortali (Ravenna), G. Bendandi (Bologna), U. Pasini (Alfonsine), L. Silvestrini (Rimini).

Il concorso bandito dall'« Ufficio Stampa Medica Italiana », con lire cinquemila di premi, si è chiuso, come era stato preannunciato, il 30 novembre scorso. Sono pervenuti da varie parti d'Italia undici lavori, dei quali sei riguardano il primo dei due temi messi a concorso e cioè: « Storia della Stampa Medica in generale e di quella italiana in particolare »; gli altri cinque svolgono, invece, il secondo tema: « Criterî programmatici per le varie categorie di periodici, che costituiscono la Stampa Medica Italiana ».

La rivista « Deutsche Kieferchirurgie » è stata incorporata nella « Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde », ma conserva la sua autonomia. A richiesta, s'inviano numeri di saggio gratis (Verlag Hermann Meusser, Leipzig).

L'on. Orsolini Cencelli ha presentato alla Camera la relazione al disegno di legge concernente la devoluzione alla provincia di Roma del patrimonio dell'Opera Pia « Brefotrofio provinciale », con sede in Roma.

La Società internazionale di radiobiologia è stata autorizzata a fondare, in Venezia, un centro internazionale di radiobiologia, da intitolarsi al nome di Luigi Galvani.

La Scuola di sanità statale e sociale della Cecoslovacchia, con sede a Praga, è pronta a funzionare: accoglierà 100 allievi, con internato; i medici che conseguiranno il diploma verranno assunti nei servizi sanitari pubblici, parastatali e privati.

Negli Stati Uniti l'Istituto per la sorveglianza mentale dei fanciulli (« Institute for Child Guidance ») conta 32 psichiatri, 15 psicologi e vi sono addette 289 assistenti sociali di psichiatria.

Le due cliniche chirurgiche di Bordeaux, dirette dai proff. Bégouin e Guyot, si sono trasferite dall'Ospedale Sant'Andrea ad un nuovo edifizio, in cemento armato, costruito sul posto dell'antico Ospedale di San Raffaele.

L'imponente ospedale Luitpoldo di Würzburg si è arricchito di una grandiosa Clinica ginecologica.

L'Università di Jena ha ricevuto il nome di « Università Federico Schiller ».

Il prefetto di Pavia ha compiuto un sopraluogo a Cascina Bonate, ove l'Istituto vaccinogeno antitubercolare esegue un esperimento di vaccinazione dei bovini; era accompagnato dai proff. Rondoni per il Consiglio Nazionale delle Ricerche, Bisanti per la Direzione della Sanità Pubblica, Ragazzi, medico capo del Comune di Milano, Zoia, Veratti ed altre personalità. Alla fine della visita, egli ha manifestato il più vivo compiacimento per l'opera di ricerca eseguita.

Il ministro prussiano dell'interno, in una circolare, rileva che fin'ora la raccolta di siero di convalescenti di poliomielite ha reso poco; perciò si dovrà attendervi più efficacemente, nei pedocomi, negli istituti per storpi ecc.

A Bochum (Prussia) sono state chiuse tutte le scuole pubbliche per una settimana, a causa di epidemie intense e diffusive di difterite e d'influenza.

Le città di Mosca, Leningrado, Kief, Odessa, Carchof, Minsk, Baku, Sverdlovsk, Irkutsk e Kabarsbsk sono state dotate di aeroplani sanitari destinati a portare soccorsi ai malati residenti in località remote e che manchino di medici o il cui accesso sia divenuto impraticabile a causa di inondazioni, tempeste ecc. La chiamata di questi aeroplani viene fatta per telegrafo, telefono, radio.

In Norvegia e in Svezia sono state approvate delle leggi sulla sterilizzazione obbligatoria; nei punti essenziali esse somigliano a quella tedesca. In Svezia le nuove disposizioni andranno in vigore col 1° gennaio 1935.

La grande agenzia giornalistica americana « United Press » ha diffuso una notizia, secondo cui una donna cinese, nel villaggio di Kwan Yin She, del distretto di Chung Chang, avrebbe avuto un parto di 8 gemelli, di cui 7 maschi e 1 femmina.

Sotto il patronato del Collegio dei medici di Bruxelles si è organizzata in questa città la « Centrale telefonica medica » (con sede alla avenue Georges Macau 24), alla quale i medici abbonati potranno affidare l'incarico di raccogliere le comunicazioni e di dare informazioni durante la loro assenza.

Per onorare e perpetuare la memoria del compianto prof. Pasquale Tandoja, è stata aperta una sottoscrizione per una Fondazione che ne rechi il nome. Le offerte possono inviarsi al prof. Guido Piccinino, via Roma 424, Napoli.

La dott.a Matilde Theyssen, di nazionalità germanica, ha compiuto 96 anni di età. Questa decana delle dottoresse europee, per conseguire la laurea aveva incontrato gravissimi ostacoli: dovette studiare in Francia ed in primo tempo contentarsi del diploma di « ufficiale di sanità e di farmacia ». Ha esercitato in 10 Paesi diversi, tra cui il Giappone e la Cina; attualmente ella dimora a Berna.

Sono deceduti: il dott. Jean Piédelocq, di Beauvais, per un'infezione chirurgica; il dott. Degony, di Amiens, per un radio-carcinoma professionale.

Il farmacista Severino Guidi, di 53 anni, da Trevenzuolo (Verona), invece di un antinevralgico ingeriva per errore della stricnina, che lo uccideva quasi fulmineamente.

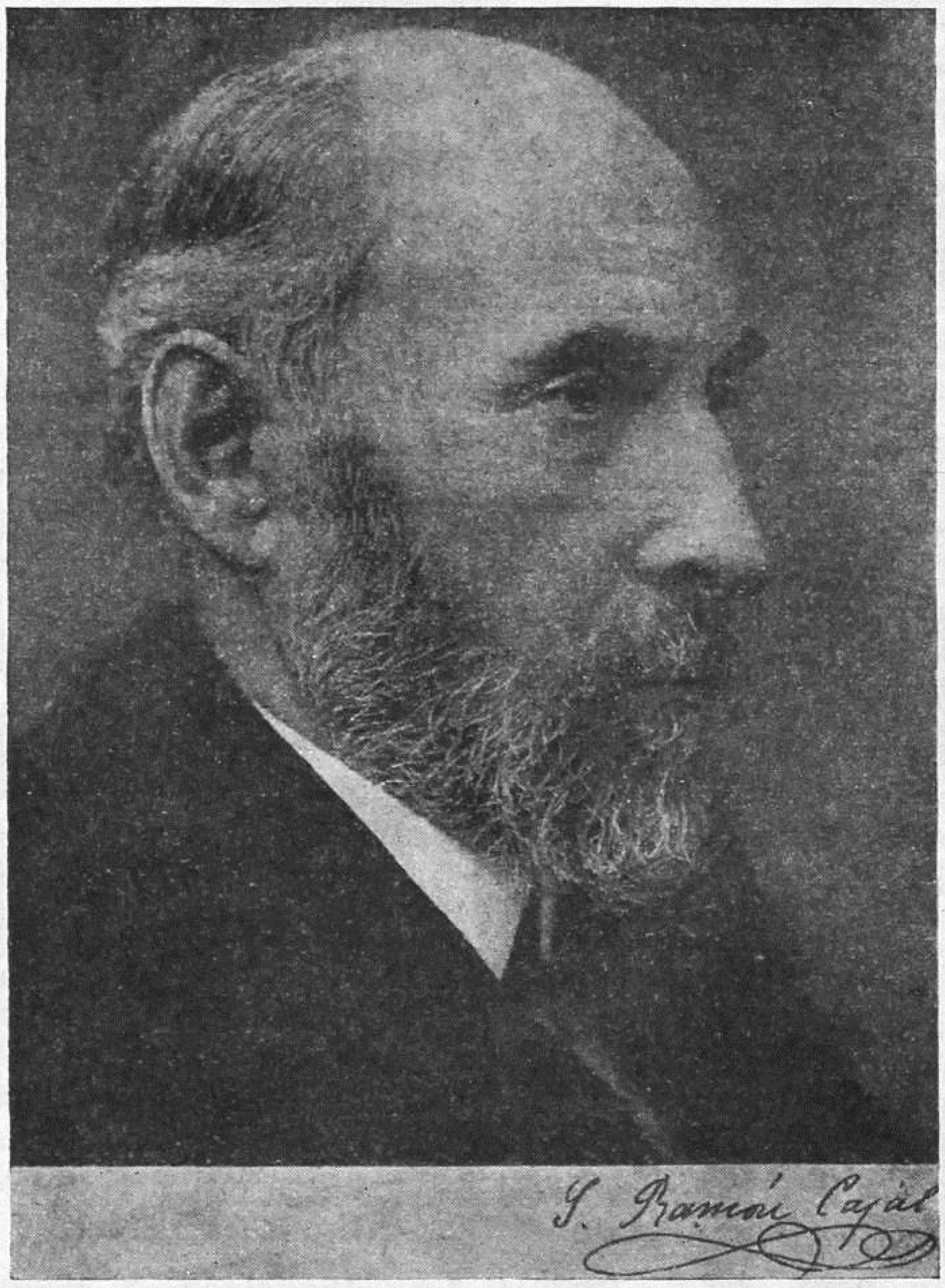
Il medico rurale Franz Wymlatil, di Nimburg, presso Praga, mentre operava una donna, fu colto da improvvisa pazzia e infieriva dei colpi di bisturi alla disgraziata, che ne morì il giorno dopo; il medico è stato internato nel Manicomio di Praga; già due anni prima egli era stato in una Casa di salute per malati di mente.

Il dott. Mario Lenzi, di 27 anni, addetto al Policlinico di Modena, mentre il 13 dic., era in bicicletta, venne urtato a travolto da un autocarro, che aveva slittato; egli riportò ferite gravi e la probabile frattura del bacino.

# SANTIAGO RAMON Y CAJAL

Il celebre istologo spagnolo SANTIAGO RAMON Y CAJAL moriva nella notte del 17 ottobre 1934. Nessuno ignora le sue ricerche di laboratorio e le sue principali deduzioni rispetto alla fisiologia del sistema nervoso e alla psicologia. Tutti sanno che Ramon y Cajal ha formato, da per tutto il mondo medico, coi suoi metodi di ricerca, con le sue finissime analisi microscopiche e un po' anche con le sue teorie, una generazione di istologi e istopatologi del sistema nervoso.

La più importante raccolta di discepoli stranieri fu, in Italia, la Clinica delle malattie nervose e mentali di Firenze. Però la grande influenza del Maestro spagnolo si fece sentire in ogni nostra scuola neurologica e perdura tuttora da per tutto, col prevalere della dottrina neuronica secondo lo sviluppo datole da lui.




Queste due parole giustificano il presente brevissimo scritto, che, del resto, vuol essere semplicemente un omaggio della Scuola Neuropsichiatrica di Roma a un uomo, che fu popolare nei laboratori istologici di tutto il mondo e quindi anche in quelli delle nostre Scuole.

Non intendo commemorare o elogiare: due cose superflue. Intendo piuttosto indicare il Cajal a tutti i nostri studiosi del sistema nervoso come ricercatore entusiasta, indefesso e onesto.

Santiago Ramon y Cajal scriveva il suo ultimo lavoro nel 1933 sugli *Archivos de Biología* di Madrid. È naturale che il grande istologo difendesse, anche in questo articolo il *Neuronismo* al cospetto del *Reticolarismo*, riferendosi specialmente a Held e a Bielschowski (1928). Il Cajal criticava le incertezze del Bielschowski; ma riferiva approvandole le parole tratte dal Lewandowsky (1910), le quali suonano così: « La legge del neurone è ancora valida oggi, se scartando tutti i vari dogmi (*Einheitsdogmen*) la concepiamo come semplice legge cellulare ».

Tutti i psichiatri italiani, e lo scrivente in particolare, ammirano nella vasta e grandiosa opera del Cajal la rettitudine negli sviluppi dottrinari tratti dalle proprie e altrui ricerche istologiche, in quanto il Cajal fu largo nella vedute, ma anche sollecito nelle rettifiche. Difatti il Maestro nel suo ultimo scritto proclama che il neurone è « un fatto positivo e non è una teoria ». Egli, dice, che non si vergogna delle rettifiche in considerazione delle eccezioni alla legge e delle molte immagini microscopiche contraddittorie e della continuità (rete) in certe parti del sistema nervoso e in certi animali.

Per quanto riguarda le teorie si può dire che la legge della « polarizzazione dinamica » che il Cajal dimostrò in collaborazione col van Gehuchten è una delle affermazioni più importanti e accettate del Maestro spagnolo. I suoi lavori del 1891 resteranno anch'essi quale patrimonio inalienabile dell'istologia moderna; il Cajal però accettò le critiche sulla struttura del gran simpatico, da Lui appunto studiato a fondo nei poderosi lavori di quell'epoca. Riconobbe il Maestro i suoi errori, li corresse approvando le correzioni fatte da altri istologi, compresi gli allievi del nostro C. Golgi.

Si possono dedicare agli istologi meno prudenti di tutti i paesi, che pur tanto appresero dal Maestro spagnolo, due pensieri che Egli aveva scritti anche nel 1924 nei *Recuerdos de ma Vida* (tomo secondo).

Ecco il primo pensiero: « Uno dei fatti meglio apprezzati fu la rivelazione dell'esistenza costante nella corteccia cerebrale (batraci, rettili, uccelli, mammiferi) del corpuscolo piramidale che osai chiamare con audacia di linguaggio di cui oggi mi vergogno alquanto, la cellula psichica ».

Ecco il secondo pensiero: « Il mio ottimismo subì una delusione... La sostanza grigia è così intricata che sfida e sfiderà per molti secoli la ostinata curiosità degli investigatori ».

SANTE DE SANCTIS.

# PIETRO BASTIANELLI

Il 19 novembre u. s. cessava di vivere all'età di 68 anni, il prof. Pietro Bastianelli, direttore e chirurgo primario dello Spedale di San Giovanni Valdarno.



Livornese di nascita, ma fiorentino di adozione, fece i suoi studi in Firenze ed appena laureato fu assistente del prof. Colzi nella Clinica chirurgica fiorentina, nella quale formò la sua educazione chirurgica. Vinta poi una borsa di studio, fu per due anni all'estero dove frequentò le Cliniche di Vienna, Berlino e Parigi, completando così la sua preparazione di chirurgo.

Tornato in Italia ebbe il posto di direttore dello Spedale di San Giovanni Valdarno, da dove non si mosse più.

Uomo di una attività eccezionale e di doti chirurgiche non comuni, non poteva contentarsi di esercitare la sua arte in un centro di Provincia e da molti anni perciò divideva la sua attività tra San Giovanni e Firenze.

Fu così primario chirurgo dello Spedale di Fiesole dal 1920 al 1931, epoca nella quale passò all'Ospedale di Camerata, sopra i colli fiesolani, dove l'ha colto la morte.

Durante la guerra fu maggiore medico nella Croce Rossa e chirurgo dell'Ospedale N. 10 dal 1915 al 1919.

Appassionato in modo eccezionale alla sua professione, verso la quale aveva ancora entusiasmi giovanili, anche recentemente e già dolorante volle partecipare all'annuale Congresso della Società Italiana di Chirurgia, dove portò un contributo notevolissimo con numerosi casi di chirurgia del Colon.

Glicosurico e nefritico di vecchia data, è morto in seguito ad un antrace della nuca, al quale, Egli noncurante di sè stesso, non aveva dato importanza.

Chirurgo di una attività senza pari, dalla tecnica veloce, era stimatissimo in Firenze ed in tutto il Valdarno, dove le furono rese solenni onoranze.

Data la sua affermazione chirurgica, ammontano ad oltre 16 mila gli interventi fatti solo nel suo Spedale di San Giovanni in 35 anni di direzione.

Si era dato in modo speciale alla chirurgia gastrica e fu un resezionista convinto ed entusiasta.

La sua prima resezione gastrica per cancro risale al 1903, mentre fino dal 1909 aveva cominciato a resecare ulcere.

Da allora, sebbene non le fossero mancate critiche più o meno acerbe, continuò per la sua strada ed ora contava 500 resezioni gastriche.

Aveva come dote principale di tecnica la velocità ed aveva anche una scarsa mortalità.

In una statistica inviata per la relazione di Rossi al congresso di Varsavia, sopra 57 casi resecati, aveva una mortalità dell'1,79 per cento.

In fatto di appendicite acuta è risaputo che era un interventista accanito: interveniva cioè in qualunque tempo ed in qualunque ora gli fosse portato il malato: non ammetteva raffreddamenti.

Senza entrare nelle discussioni alle quali certamente darebbe luogo questo principio di indicazione chirurgica, certo è che in una statistica riportata nel 1922 sopra la Sezione Chirurgica del Policlinico e che si basa sopra 248 operazioni di appendicite acuta, fra le quali 12 peritoniti diffuse, operati tutti d'urgenza, appena cioè entrati in Ospedale, aveva solo 6 decessi, con una mortalità quindi del 2,40 per cento.

Merita anche ricordare che fu il primo che praticò, or sono 30 anni, con esito felice, la plicatio in un caso di megacolon congenito, previo svuotamento delle masse fecali con colotomia.

Docente fino dal 1908, tenne regolarmente il corso libero sopra le malattie dello stomaco, ed in riviste ed in congressi portava sempre contributi clinici molto importanti, redatti con speciale genialità, sì che le sue pubblicazioni ammontano ad oltre 80, molte delle quali apparse su questo giornale.

Italiano di sana tempra, aderì con entusiasmo al Regime e fu fascista del '21.

Interventista, conferenziere, patriotta di salda fede, la sua vita fu esempio di intelligente operosità per le più alte idealità Italiane, sempre affermate con battagliera polemica anche in ore difficili.

Sempre sprezzante della sua persona, durante il terremoto di Messina, accorse con i suoi infermieri sui luoghi del disastro e si meritò la medaglia al valor civile.

Cara e simpatica figura di Italiano oltre che di chirurgo.

Alla memoria di Lui, che così valorosamente ha onorato la Chirurgia Italiana, vada il saluto affettuoso e riconoscente dei colleghi.

G. Gucci.

## RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

*Journ. A. M. A.*, 15 sett. — H. A. McCORDOLK e al. Encefalite epidemica.

*Arch. It. di Chir.*, sett. — A. CATTERINA. L'operazione di Bassini.

*Journ. A. M. A.*, 22 sett. — J. B. HERRICK. Il medico dell'avvenire. — A. B. STOCKTON. Azioni del dinitrofenolo sulla circolaz.

*Med. Welt*, 6 ott. — H. W. BAUSI. Riconoscimento precoce delle malattie croniche dei vasi. — K. VOGEL. Angine con forte linfocitosi.

*Riv. di Cl. Med.*, 30 ag.-15 sett. — A. LUNEDEI e A. GIANNONI. Riproduz. sperimentale nell'uomo della sindrome epifrenica e dell'angina pectoris d'origine gastrica.

*Journ. Méd. Franç.*, sett. — Numero sulla colibacillosi.

*Presse Méd.*, 8 ott. — R. TURPIN e al. Calcinosi sotto-cutanea generalizzata e osteogenica dell'infanzia.

*Bull. Ac. de Méd.*, 2 ott. — MONTEL. Trattam. della lebbra con blu di metilene.

*Paris Méd.*, 6 ott. — Numero di neurologia.

*Journ. Nerv. a. Ment. Dis.*, ott. — H. H. HART. L'infelicità del genio.

*Dermosifilografo*, sett. — U. BONCINELLI. Deviazione del complemento nella blenorragia.

*Clin. Chir.*, sett. — P. BUCALOSSI. Mixoma e tumori mixomatoidi. — R. GALLI. Variazioni numeriche delle piastrine in chirurgia.

*Riv. di Patol. e Clin. d. Tuberc.*, 30 sett. — L. URIZIO. Dimostrazione ottica della fase filtrabile del bacillo di Koch. — V. MURA. Struttura connettivale elastica del polmone.

*Wien. Arch. inn. Med.*, 5 ott. — D. LASZLO. Alterazioni del ricambio nelle cardiopatie. — D. ADLESBERG. Il compito del fegato nella ritenzione idrica. — L. MECZNER. Esame funzionale del cuore.

*Lancet*, 13 ott. — Lord HORDER. Medicina e morale.

*Med. Welt*, 13 ott. — GIEMSA. La colorazione Romanowsky. — E. MARTIU. Sull'epidemiologia della malaria. — W. KIKUTH. Progressi nella terapia della malaria.

*Med. Klinik*, 12 ott. — W. RIEHM. Allergia e occhio.

*Giorn. di Cl. Med.*, 10 ott. — K. DÀNIEL. La terapia stimolante locale del testicolo.

*Rif. Med.*, 22 sett. — V. MARAGLIANO. I processi di guarigione della tbc. polm.

*Arch. intern. Med.*, sett. — S. SILVER e M. REINER. Fruttosuria essenziale. — E. G. SCHMIDT. Infezione e tolleranza pel destrosio. — F. ALBRIGHT. Iperparatiroidismo.



## Indice alfabetico per materie.



**Il N. 52 contenente il frontespizio e l'Indice Generale sarà spedito nella prossima settimana.**

**Il N. 1 dell'annata XLII uscirà il 7 gennaio 1935.**



C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.